Medicinisch-chirurgische

RUNDSCHAU.

Monatsschrift

für die

gesammte practische Heilkunde.

Unter Mitwirkung der Herren

DDr. **Auspitz**, **A. Baer** (Naugard), **v. Basch**, Prof. **Benedikt**, **Breuer**, **Chrobak**, Prof. **Czerny** (Freiburg), **Eisenschitz**, **Exner**, **Falk** (Berlin), **Fleischl**, **Frisch**, **Funk**, **Geber**, **Gersuny**, **Gussenbauer**, **Heitzmann**, **J. Hirschberg** (Berlin), **K. B. Hofmann**, **v. Hüttenbrenner**, **Kisch** (Prag), **Klein**, **Kohn**, **Kretschy**, Prof. **Ludwig**, **Mayerhofer**, **Menzel**, **Sigmund Meyer**, **Neudörfer**, **Obersteiner**, **Riegel** (Würzburg), **Ruben**, **Schenk**, **Schönaich**, **Schreiber**, **v. Schroff** jun., **Stórk**, **Ultzmann**, **Urbantschitsch**, **Winiwarter**, **W. Winternitz** u. a.

herausgegeben und redigirt von

Dr. Karl Bettelheim.

XIII. (Neue Folge III.) Jahrgang. II. Band. 2. Heft.

Mai 1872.

Die „med.-chir. Rundschau" erscheint Anfangs jeden Monates 5 bis 5½ Bogen stark. Alle Buchhandlungen des In- und Auslandes nehmen Bestellungen an. Man abonnirt direct bei der Administration der „med.-chir. Rundschau", Wien, Gonzagagasse Nr. 5, oder durch die k. k. Hof-Buchhandlung W. Braumüller & Sohn. Zuschriften für die Redaction werden franco erbeten an das Bureau der „med.-chir. Rundschau" Wien, I., Gonzagagasse 5.

Pränumerations-Bedingungen:

Jährlich 5 fl., halbjährlich 2 fl. 50 kr., vierteljährlich 1 fl. 25 kr. Für das Ausland: Jährlich 3 Thlr., halbjährlich 1½ Thlr., vierteljährlich 22 Sgr. Inserate werden per Zeile mit 20 kr. berechnet. Geldsendungen und Insertionsaufträge werden franco unter der Adresse „Wiener med.-chir. Rundschau" in Wien, I., Gonzagagasse 5, erbeten.

Für den Buchhandel debitirt:

W. BRAUMÜLLER, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.

Ausgegeben am 19. Mai 1872.

Einsendungen und Geldsendungen an die „Med. chir. Rundschau“ sind zu adressiren: **Wien, I., Gonzagagasse 5.**

Inhalt.

I. Pathologie, medic. Klinik, Psychiatrie und Pädiatrik.

II. Medicinische Chemie, Pharmacologie, Therapie, Balneologie, Instrumentenlehre.

III. Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäcologie.

TRENCHIN-TEPLIZ

in Ungarn.

Warme Schwefelbäder von 29 bis 32° R.

Diese Bäder haben seit Jahrhunderten ihre Heilkraft bewährt bei Gicht, Rheumatismus, Neuralgien, Lähmungen, Haut- und Knochenkrankheiten, Syphilis, Skrophulose.

Diese Saison beginnt am 1. Mai und dauert bis Ende September.

Das Bad, in einer sehr anmuthigen und romantischen Gegend gelegen, besitzt zur Aufnahme von Curgästen ein grosses Hotel, mehrere herrschaftliche und viele Privathäuser, und wurde im letztverflossenen Jahre durch Erbauung eines grossen Curgebäudes bereichert, welches 74 Wohnzimmer und ein neu angelegtes Badebassin in sich schliesst. Das letztere wird von reichhaltigen neu aufgefundenen Quellen von 32° R. gespeist, und ist mit sehr zweckmässig construirten Herren- und Damendouchen versehen.

Für Comfort und Unterhaltung ist bestens gesorgt durch mehrere gute Restaurationen und Caffeehäuser, durch tägliche Theater-Vorstellungen, ein gut besetztes Orchester, herrliche, weit ausgedehnte Parkanlagen, eine geschlossene Wandelhalle mit Lesesalons, in- und ausländische Zeitungen, Bälle und Concerte.

Es bestehen fünf Spiegelbäder, Holz- und Porzelan-Wannen, kalte und warme Douchen, letztere mit Dampfbetrieb.

Gute Schafmolke, alle Mineralwässer, Kiefernadel- und Eisenbäder.

Die Eisenbahnen führen die Reisenden zu: Von Wien bis Ung.-Hradisch, von Oderberg bis Sillein, von Ober-Ungarn bis Sillein mit der neu eröffneten Kaschau-Oderberger Bahn und von Unter-Ungarn bis Galantha. Die Entfernung von Ung.-Hradisch ist 8 Stunden, von Sillein 8 Stunden, von Galantha 10 Stunden.

Von den zwei ersteren Stationen verkehren täglich Postwagen, von letzterer Gesellschaftswagen. Auch besteht in Teplitz eine Telegraphenstation.

Badeärzte: ***Dr. S. Ventura,*** k. preuss. Sanitätsrath und ***Dr. Ed. Nagel*** aus Wien. 390, 3—3

Auskunft ertheilen die Badeverwaltung und die Badeärzte.
Badebrochure von **Dr. Ventura** ist bei **Braumüller** in Wien zu haben.

Vom Excellenz Frhr. v. Sina'schen Güter-Inspectorate.

UNION.

XVI. Jahrgang. **Deutsche Bade-Zeitung.** XVI. Jahrgang.

Reise- und Verkehrs-Nachrichten.

Redaction und Verlag von R. Nentwig,

Verfasser des Bäderlexicon: „Die Kur- und Badeorte Deutschlands, Deutsch Oesterreichs und Böhmens."

Erscheint in grösstem Format wöchentlich das *ganze Jahr* hindurch.

Die „Union" gibt die umfassendsten Nachrichten aus der grossen Zahl der europäischen Kur- und Badeorte sowie deren Umgebungen, über Vergnügungsreisen (Rundreisen), die Fusstouren in den Hochgebirgen (Alpen); über neue Eisenbahnlinien und deren Einfluss auf den Personenverkehr; Börsenberichte, Theater, Literatur etc. — Zur Seite des redactionellen Theiles befindet sich der, für Reisende unentbehrliche **Hôtel-Anzeiger** der vorzüglichsten und solidesten Gasthöfe des In- und Auslandes.

Inserate finden darin die grösste Verbreitung.

Abonnement pro Quartal 1 Thaler bei allen Postämtern, sowie pr. Monat 10 Sgr. direct an die Expedition der „Union" in Frankfurt a. M.

JOSEPH WEISS,

Apotheker „zum Mohren", Stadt, Tuchlauben 444, neu 2,

empfiehlt dem geehrten Publikum bestens folgende Artikel:

(Postversendungen werden nur gegen Beischluss der Emballage-Gebühr von 15 kr. Oe. W. versendet).

Odontine (Zahnpasta) in Porzellantiegeln zu 80 kr. Bei 1 Dutzend 20 Pzt. Nachlass — Diese Zahnpasta ist das vorzüglichste Mittel zur Reinigung der Zähne, so wie auch Zähne gesund und blendend weiss zu erhalten, den Zahnweinstein schmerzlos und auf eine unschädliche Weise zu entfernen, das Zahnfleisch zu stärken und zu befestigen, das Bluten und Lockerwerden zu verhindern.

Elixir Balsamique (Zahn- und Mundbalsam) tausendfältig erprobt als das vortrefflichste Mittel zur Reinigung des Mundes, Erfrischung des Athems, um die Zähne und das Zahnfleisch gesund und rein zu erhalten, insbesondere nach dem Genusse der Speisen anwendbar. Preis eines Flacons 70 kr. Bei 1 Dutzend 20 Pzt. Nachlass.

Algontine. Augenblicklich schmerzstillendes Zahnwehwasser. Das einzige bisher bewährte Mittel gegen die Pein des Zahnschmerzes; dasselbe wirkt augenblicklich und enthält keine geistigen, scharfen und sauren Substanzen und kann daher auch bei Kindern angewendet werden. In Flaschen zu 35 und 70 kr. Bei 1 Dutzend 20 Pzt. Nachlass.

Bruchpflaster. Vorzüglich anwendbar bei Unterleibsbrüchen, bereitet und empfohlen von Dr. Krüsi, prakt. Brucharzt zu Basel. In Blechbüchsen sammt Beschreibung Preis 3 fl. 60 kr.

Cachou Aromatisé zur Beseitigung des üblen Geruches aus dem Munde nach dem Tabakrauchen, nach dem Speisen, nach dem Genusse geistiger Getränke, als: Wein, Bier u. s. w.; unentbehrlich bei dem Besuche besserer und feinerer Gesellschaften, der Theater, Bälle, der Salons u. s. w. Diese Cachou bestehen aus reinen, der Gesundheit vollkommen unschädlichen Pflanzenbestandtheilen und sind als Präservativ gegen das Faulen der Zähne, sowie gegen Zahnschmerzen bestens zu empfehlen. Bei jedesmaligem Gebrauche kaut man eine Pille, wodurch der üble Geruch beseitigt wird. In Schachteln zu 60 kr.

Echtes Dorsch-Leberthran-Oel. Als vorzüglichstes Heilmittel bei allen Brust und Lungenkrankheiten anerkannt, von vorzüglicher Qualität und reinem Geschmacke Die Bouteillen zu 1 fl. und 1 fl. 80 kr. Bei Abnahme von einem Dutzend Flaschen 25 Pzt. Nachlass.

Eau antéphélique. Dieses aus reinen Pflanzentheilen bereitete Wasser ist ein seit Jahren erprobtes und bewährtes Mittel zur Erfrischung, Verschönerung und Stärkung der Haut und zur gänzlichen Vertilgung aller Arten von Efflorescenzen, als: Sommersprossen, Finnen. Mitesser, Kupferflecke. Preis eines Flacons 1 fl. Ein Dutzend 9 fl.

Frostbeulen-Balsam in Tiegeln zu 50 kr. ö. W., welcher selbst bei veraltetem Frostschaden möglichst schnell den Schmerz lindert und vollkommen heilt, hat sich durch Erfahrung mehrerer Jahre als ein empfehlenswerthes Mittel die allgemeine Zufriedenheit erworben.

Max Florian Schmidt's, Med. Dr. und Professors, schmerzstillende, stärkende antiscorbutische **Zahn-Tinctur.** Diese Tinctur, nach dem Original-Recepte bereitet, wird sowohl zur schnellen Stillung von Zahnschmerz, als auch als stärkendes Mundwasser bereits durch ein halbes Jahrhundert mit grossem Vortheile allgemein angewendet; die Tinctur hat zwei grosse Vorzüge, sie ist sehr wirksam und macht durch den äusserst billigen Preis alle anderen Zahnwehtropfen überflüssig. Echt zu haben in Fläschchen sammt Gebrauchsanweisung 40 kr. Bei 1 Dutzend 25 Pzt. Nachlass.

Universal-Pflaster von Dr. Buron in Paris. Dasselbe ist mit Diplom der Fakultäten in London und Paris belegt; höheren Orts geprüft und der öffentliche Verkauf genehmigt. Dieses Pflaster hilft besonders für Hühneraugen (Leichdornen), Frostbeulen (Gefröre). jede mögliche Art Wunden durch Verletzungen, Biss, Stich oder Schnitt, Skropheln, Eiterungen und Geschwüre, für den Wurm und Nagelflüsse. Der Topf (Tiegel) kostet 30 kr.

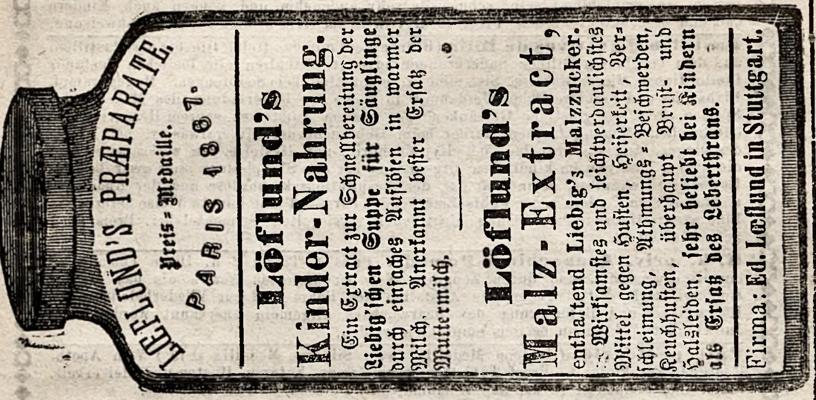
Eau de Botot. Aromat. Mundwasser ist ein vorzügliches und allgemein beliebtes Präservativ-Mittel gegen Zahnschmerz, Fäulniss der Zähne, üblen Geruch aus dem Munde. Preis eines Flacons 50 kr.

Ess-Bouquet, sehr feiner Parfum für Sacktücher und Wäsche überhaupt. Preis eines Flacons 1 fl.

Dct. Quarin berühmtes Husten- und Katarrh-Pulver (insbesonders bei starker Verschleimung kräftiger Personen). Preis 1 Schachel 65 kr.

Mein Präparat „Koussin“ ist in Oesterreich nur durch Herrn Wilhelm Raab, Apotheke „zum schwarzen Bären“, Wien, Lugeck Nr. 2, zu beziehen.

Dr. Carl Bedall,
Apotheker in München.



Ist in runde, luftdicht verschlossene Gläser obiger Façon verfüllt und kann **durch jeden Apotheker, sowie direkt aus meiner Fabrik, Nekarstrasse Nr. 57 in Stuttgart, bezogen werden.** Für Oesterreich habe ich das Generaldepot dem Herrn **Wilhelm Raab**, Wien, Stadt, Lugeck Nr. 1, „zum schwarzen Bären“, übergeben.

Zuschrift der Direktion der k. k. Findelanstalt in Wien an Ed. Loeflund in Stuttgart.

Euer Wohlgeboren!

Die Apotheke „zum schwarzen Bären“ in der inneren Stadt, am Lugeck, hat 50 Flacon des von Euer Wohlgeboren bereiteten Liebig'schen Nahrungsmittel übersendet. Das genannte Nahrungsmittel wurde an mehr als dreissig Kindern zwei Monate hindurch versucht. Die Versuchsfälle waren entweder solche Kinder, welche die Ammenmilch nicht vertragen hatten, oder solche, welche wegen Syphilis und der daraus folgenden Ansteckungsgefahr für die betreffende Amme der Ammenmilch entbehren mussten, oder solche, welche aus der auswärtigen Pflege in die Anstalt zurückgestellt und, der Ammenbrust bereits entwöhnt, die Ammenbrust nicht mehr genommen hatten. Das Liebig'sche Nahrungsmittel **ist in Extraform bereitet**, wird in bestimmten Gaben der verdünnten Kuhmilch beigemengt, **ist sofort von recht angenehmen Geschmack**, besonders wenn es mit Zucker versetzt wird, wird **selbst von den schwächsten Kindern** gerne genommen und durchschnittlich **gut vertragen. Denn es veranlasste keine Verdauungsstörung** (Erbrechen und Abführen) noch auch eine in Farbe und Consistenz verschiedene Defaecation. Die Faeces waren den Faeces der an der Ammenbrust genährten Säuglinge in **Farbe und Consistenz vollkommen gleich.** Die Gesammt-Erfahrung ergab, dass dort, wo es an Ammen gebricht, dieses Liebig'sche Nahrungsmittel empfohlen zu werden verdient.

Wien, den 10. April 1868. Der Directionsleiter: **Dr. Friedinger.**

Anmerkung: Der hohe Werth dieses von einer so bedeutenden Anstalt ausgehenden Attestes, dass sich auf die schwierigsten Fälle bezieht, die es im Leben des Säuglings überhaupt geben kann, braucht kaum hervorgehoben zu werden.

☛ Condensirte Milch. ☚

Bereitet von der

ANGLO-SWISS CONDENSED MILK CO.,

Cham, Schweiz.

3 MEDAILLEN

Ausstellung in Paris 1867, in Havre 1868, in Altona 1869. Höchster Preis in Bern 1867.

Baron von Liebig empfiehlt dieses Product mit folgenden Worten: „Ich habe die von der **Anglo-Swiss Condensed Milk Company** in Cham (Schweiz) bereitete condensirte Milch analysirt. Sie besteht aus nichts Anderm als Kuhmilch und dem besten Zucker und besitzt die Eigenschaften einer vollkommen reinen versüssten Milch. Ich empfehle sie bestens als vollkommen und gesund und besonders geeignet für Hospitäler und Kinder. Ich zweifle nicht, dass deren vorzügliche Eigenschaften sie bald in den grossen Städten, wo es täglich schwieriger wird, reine Milch zum Gebrauch in den Haushaltungen zu erhalten, einbürgern wird. — Siehe meinen ausführl., im April 1867 über diesen Artikel veröffentlichen Bericht.

Wien, Stadt, Lugeck Nr. 1, Apotheke „zum schwarzen Bären“.

I. Pathologie, medic. Klinik, Psychiatrie und Pädiatrik.

189. Ueber die hohen Temperaturen in Krankheiten.

Nach Vorträgen im Hôpital de la Pitié von M. M. Peter. (Gaz. heldomadaire Nr. 4. 1872.)

PETER versucht zu beweisen, dass die Ursache der Temperatursteigerung in der Agonie und den letzten Lebensmomenten bei acuten Krankheiten abhänge von der verminderten Luftaufnahme in die Lungen, von der terminalen Asphyxie.

Er weist darauf hin, dass in acuten und entzündlichen Erkrankungen eine Temperatursteigerung zu 42° C. ein präagonales Symptom sei, und dass bei manchen Neurosen im Momente des Todes und unmittelbar nach demselben Elevationen der Temperatur bis zu 45.5° vorkommen.

Zur Erklärung dieser merkwürdigen Thatsache geht P. von folgenden Sätzen aus:

1. Die Temperatur steigt mit dem Beginne der Agonie in acuten Krankheiten.
2. Der Tod erfolgt in diesem Falle durch Asphyxie.
3. Die Temperatur steigt in der Agonie um so höher, je weniger der Körper herabgekommen ist.

Der erste Satz ist von WUNDERLICH, der zweite resultirt aus den Arbeiten von BICHAT und PIORRY, den dritten hat PETER aufgestellt und auf diesem beruht hauptsächlich der Erklärungsversuch desselben.

Es ist bekannt, dass WUNDERLICH gefunden, dass eine plötzliche Temperaturerhebung von etwa 41.2 auf 42 und 42.5 ein präagonales Symptom sei. Der Tod tritt nach BICHAT in der grossen Mehrzahl der Fälle von Seiten der Lungen durch Asphyxie ein, in selteneren Fällen durch Herzparalyse.

Zur Begründung seines dritten Satzes führt P. wieder WUNDERLICH an, der bei Neurosen, also bei Erkrankungen ohne besonders hervorstechende organische Laesionen die höchsten Temperaturen in der Agonie und noch höhere nach dem Tode fand.

Also nach P. ist die Asphyxie die Ursache der Temperatursteigerung, und diese ist um so höher, je intacter der Organismus ist.

P. führt an, dass das Blut in den Lungen abgekühlt wird, und dass dieses durch die Asphyxie verhindert oder vermindert wird.

Dass eine Abkühlung des Blutes in den Lungen statt hat, dafür führt P. Claude BERNARD an, der das Blut im rechten Ventrikel um 0°.1 bis 0°.3° wärmer fand, als im linken. (Vgl. jedoch hierüber „Rundschau“ 1872, Nr. 177.)

Er berechnet die Grösse dieser Abkühlung folgendermassen: wenn das Blut im linken Ventrikel nur um 0°.2 kälter ist als das im rechten, so muss sich bei 30 Resp. in der Minute die gesammte Blutmasse um 3° C. abkühlen.

P. nimmt die Capacität des linken Ventrikels mit 1/8 Litre an, die gesammte Blutmenge mit 15 Litres, es entzieht demnach

	1	Respiration		0°.2	jedem	1/8	Litre	Blut	
	30	„		6°.0	„	„	„	„	in 1 Minute
oder	8	Mal	weniger =	0°.75—1	„		„	„	1 „
„	15	„	„ =	0°.05—15 Litres	„			„	1 „
„	10	„	mehr =	0°5—	„	„	„	„	15 Minuten
„	6	„	„ =	3°.0—	„	„	„	„	einer Stunde.

P. schliesst nun, dass in der Asphyxie diese Abkühlung des Blutes ganz oder zum Theile wegfällt und um den Theil der wegfallenden Abkühlung müsse sich das Blut erwärmen.

Nimmt man an, die Abkühlung des Blutes sei durch die Asphyxie auf die Hälfte herabgesetzt, so wird in einer Stunde die Temperatur-Zunahme drs Blutes 1°.5 C, betragen. Man ersieht daraus, wie rapid die allgemeine Temperatur-Zunahme sein kann, namentlich, wenn gleichzeitig die wärmebildenden Organe, Leber und Milz intact sind, und die interstitielle Verbrennung fortdauert, wie etwa bei sonst gesundem Organismus, also bei Neurosen und namentlich im Tetanus. Er stützt diese Ansicht durch einen früher publicirten Fall von Rabies canina, bei dem die präagonale Erwärmung eine sehr bedeutende war, und Zeichen ungestörter Gallenbildung und Glycosurie zugegen waren, woraus er folgert, dass auch die Wärmebildung in der Leber persistire.

Daraus ergibt sich für die Asphyxie Folgendes:

1. Fortgesetzte Erwärmung des Blutes der unteren Hohlvene von der Leber aus.
2. Verminderung der Blutabkühlung bei seiner Passage durch die Lungen.
3. Gradatim zunehmende Erwärmung der Blutmasse.

Weiters führt P. zur Stütze seiner Anschauung an, dass Brown-Sequard durch das Experiment direct die Erwärmung des Blutes durch Asphyxie erwiesen hat. Brown-Sequard fand bei warmblütigen Thieren nach der Ligatur der Trachea eine manifeste Erhöhung der Temperatur, die 3 Minuten nach dem Tode oft 1—2° betrug.

Eine bisher unerklärliche, von Briquet und Mignot constatirte Thatsache ist es, dass bei der Cholera in den letzten Lebensmomenten im algiden Stadium, und wenige Augenblicke nach dem Tode die Temperatur steigt. Ausser bei der letztgenannten Krankheit soll dasselbe bei Peritonitis, Pneumonie und chronischer Myelitis vorkommen. Leider haben die genannten Autoren nur wenig zahlreiche Untersuchungen vorgenommen. Sie schreiben diese Temperatursteigerung dem Aufhören

des Wärmeverlustes durch insensible Perspiration von der Haut zu. Andererseits haben BRIQUET und MIGNOT eine Abnahme der Temperatur im Stadium der Reaction gefunden, so dass LORAIN es aussprach, dass die Reaction kälter sei als die Algidität. Schon 1832 hatte BAYER beobachtet, dass die Exspirationsluft Cholerischer kälter sei und wenigrr CO_2 enthalte, als die Gesunder.

ANDRAL stellte aus diesen Thatsachen folgende Ansicht auf:

Trotz der geringeren Activität der Respirationsfunction in der algiden Cholera, trotz der beschränkteren Verbrennung von Kohlenstoff nimmt die Temperatur wesentlich zu, trotz der beträchtlichen Abnahme der exspirirten CO_2 im Vergleiche zum physiologischen Zustande, erreicht die Achselhöle oft 40° und mehr. Bei herannahendem Tode, bei stockender Circulation, bei fast aufgehobener Respiration steigt die Achselhöhlen-Temperatur selbst bis zu 43°, also bis zu einer Höhe, die sie selbst in fieberhaften Krankheiten selten erreicht*).

Ebenso wäre der sogenannte Todesschweiss nichts anderes als das Mittel, wodurch der Organismus die durch verminderte Lungenabkühlung angehäufte Wärme abzugeben bestrebt ist.

Es ist also die beginnende Asphyxie, die die gesammte Bluttemperatur steigert, und man begreift nun nach P., wie eine verminderte Wärmeabgabe von den Lungen ohne Steigerung der Wärmeproduction eine allgemeine Temperatursteigerung bewirken kann.

Es ist also auch daher erklärlich, dass die Temperatursteigerung in der Argonie am höchsten sein wird bei tödtlichen Neurosen und Krankheiten, wo die Organe, die der Wärmebildung vorstehen, möglichst intact sind, wo also die Wärmeproduction ungeschwächt fortdauert, während der Wärmeverlust durch die Asphyxie vermindert, im Momente des Todes ganz aufgehoben ist.

Daraus sind die von WUNDERLICH gefundenen Agonie-Temperaturen im Tetanus erklärlich.

Das Ansteigen der Temperatur nach dem Tode aber ist nach P. verständlich durch das successive Absterben der Organe und ihrer Zellen, die noch einige Zeit functioniren und Wärme produciren können; so namentlich die Muskeln. Diese Wärmeproduction muss aber eine um so intensivere sein, je intacter die Mehrzahl der Organe; am intensivsten, wo alle Organe intact und nur die abkühlende Respirationsfunction ausfällt.

Dass die Muskel-Contraction allein z. B. im Tetanus nicht die Temperatursteigerung bewirkt, geht aus den normalen Tetanus-Temperaturen, so lange die Wärmeabgabe nicht gehindert ist, hervor; erst mit der präagonalen Asphyxie beginnt die rapide Temperatursteigerung. Nach weiteren Betrachtungen und critischen Beurtheilungen BRODIES über den Einfluss des Nervensystems auf Wärmebildung, den P. als einen directen läugnet, als einen indirecten durch Erhaltung des Lebens

*) Mem. de l'Acad. des sciences T. XLVIII. p. 518. 1859.

und damit der Lebensvorgänge zugibt — kommt P. zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die Wärme, dieses sicherste Zeichen des animalen Lebens, wird durch das rapide Ansteigen das sicherste Zeichen des Todes.

2. Die präagonale Temperatursteigerung ist eine um so höhere, je intacter der sterbende Organismus.

3. Die Lunge, die indirecte Ursache der animalischen Wärme als Aufnahms-Organ des Sauerstoffes, ist das directe Medium der Abkühlung derart, dass, wenn ihre Function gestört ist, die Temperatur in einem mit dem Leben nicht verträglichen Massstabe steigt.

Winternitz.

190. Die Aorteninsufficienz.

Nach einer Vorlesung gehalten am Hôpital de la Pitié von Professor M. Peter. (L'Union Médicale 1871. Nr. 93. 96. 99. 101.)

Diese entsteht am häufigsten durch den atheromatösen Process und stellt dann eigentlich nur ein Uebergreifen einer allgemeinen Gefässkrankheit auf die Aortaklappen dar.

P. betont insbesondere, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle die Aorteninsufficienz eine Krankheit von rein arteriellem Ursprunge ist, dass sie zunächst eine Krankheit der Aorta und nicht des Herzens ist und schlägt darum vor, die Insufficienzen der Aortaklappen folgendermassen einzutheilen:

1. in Aorteninsufficienz ohne begleitende Aortenläsion; der seltenste Fall.

2. Aorteninsufficienz mit Veränderungen der Aorta; der gewöhnlichste Fall.

Diese Läsionen der Aorta bestehen in atheromatöser oder kalkiger Degeneration in Folge einer Entzündung der inneren und mittleren Aortenhaut. Die atheromatöse Degeneration hat dann weiterhin die Neigung, auf das ganze arterielle System überzugreifen, und diese Verallgemeinerung des atheromatösen Processes ist die nothwendige Folge einer allgemeinen krankhaften Ursache, die die innere Arterienhaut trifft. Diese allgemeine Ursache ist das Alter, der Alcoholismus und die Gicht.

Verf. erörtert nun die Frage, wie man das Mitergriffensein der Aorta bei der Aortaklappeninsufficienz erkennen könne. Eines der ersten Zeichen ist der retrosternale Schmerz, der sich zuweilen bis zu eigentlichen Anfällen von Angina pectoris steigert und dann das Uebergreifen von der Aorta aus auf den benachbarten Nervenplexus andeutet. Insbesondere aber lässt sich dieses aus der sphyghmo-graphischen Untersuchung der Pulse erkennen.

Eine der der Aorteninsufficienz zukommenden Eigenthümlichkeiten ist ferner der plötzliche Tod, der Tod durch Syncope, der zunächst durch Paralyse des Herzens entsteht. Unter den plötzlichen Todesfällen durch Störung des Kreislaufsapparates hat die Läsion der Aorta die grösste

Bedeutung. Von Wichtigkeit auf den Mechanismus dieses plötzlichen Todes ist insbesondere der Einfluss des plexus cardiacus. Nach dieser Theorie ist die Aortaklappeninsufficienz hiebei nur ein secundärer Factor, der auch fehlen kann, und der auf das Zustandekommen des plötzlichen Todes keinen Einfluss übt. Im Gegensatze zu andern Autoren betrachtet Verf. diesen nervösen Einfluss als den fundamentalen für diese plötzlichen Todesfälle, und hält ihn für gebunden an die functionellen Störungen, die für den plexus cardiacus aus der Nähe der Aortenveränderungen entstehen. Es genügt darum nicht, eine Aorteninsufficienz zu diagnosticiren, um die Möglichkeit eines solchen plötzlichen Todes zu prognosticiren. Insbesondere ist ein solcher dann zu fürchten, wenn der retrosternale Schmerz und noch mehr, wenn Anfälle von Angina pectoris zugleich existiren, denn dieser Schmerz oder diese Angina zeigen eine tiefgehende Störung der Aorta und ihr Uebergreifen auf den plexus cardiacus an.

Bezüglich der secundären Hypertrophie des linken Ventrikels haben fast alle Autoren behauptet, dass sie ein Compensationsmittel für die Insufficienz sei. Verf. hält diese Erklärung für irrthümlich; diese Hypertrophie des linken Ventrikels complicirt nach ihm die Aorteninsufficienz, compensirt sie aber nicht; sie verschlimmert im Gegentheil die Lage des Patienten. Die Aorteninsufficienz wird nur für eine mehr oder minder lange Zeit durch die grössere Energie der Contractionen des l. Ventrikels compensirt und diese grössere Energie ist es nach Verf., die in ihrem Gefolge zur hypertrophischen Läsion des Ventrikels führt.

Seine Therapie strebt darum auch, das Herz zu beruhigen, indem er dessen Arbeit mindert, anderntheils indem er den Gefässtonus vermehrt. Diess erreicht er 1. durch Digitalis 2. durch Verringerung der Blutmasse, sei es durch kleine allgemeine Blutentziehungen, sei es durch eine indirecte Entziehung durch Drastica und Diuretica und gerade hier genügt die Digitalis zwei Indicationen zugleich; 3. indem er den Kranken auffordert, jede zu starke Anstrengung zu meiden.

Den Gefässtonus mehrt man durch periphere Reize, durch Frottirungen, durch Hydrotherapie.

Hat man darum einmal die Aorteninsufficienz erkannt, dann hat man insbesondere noch auf folgende Punkte zu achten: 1. ob retrosternaler Schmerz oder Angina pectoris vorhanden ist, was an die Möglichkeit eines plötzlichen Todes denken lässt.

2. ob gleichzeitig Hypertrophie des l. Ventrikels besteht oder nicht, ob Dyspnoe, ob Leberhypertrophie besteht.

3. ob gleichzeitig allgemeines Atherom existirt. F. Riegel.

191. Beitrag zur Pathologie der Transsudate

von B. Naunyn in Dorpat. (Dorpater med. Zeit. I. 2, 3.)

Während die meisten Transsudate der verschiedenen Körperhöhlen mit Ausnahme derer bei Hydrocephalus internus ein nahezu überein-

stimmendes Verhalten zeigen, etwas viscide, häufig selbst dickflüssig sind, insbesondere einen mehr oder minder reichlichen Eiweissgehalt zeigen, weicht in sehr seltenen Fällen nach N. die Beschaffenheit der aus Höhlen des menschlichen Körpers erhaltenen Transsudate von der oben erwähnten wesentlich ab. In diesen letzteren Fällen ist die Flüssigkeit farblos, nicht klebrig, scheidet nicht Fibringerinnungen aus, zeigt ein sehr geringes specifisches Gewicht; beim Kochen entstehen keine oder nur äusserst geringe Eiweisscoagula; ausserdem enthält die Flüssigkeit stets eine Substanz, welche Kupferoxyd in alcalischer Lösung zu rothem Kupferoxydul reducirt. Dieses Verhalten zeigt grosse Aehnlichheit mit dem von Flüssigkeiten aus Ecchinococcen-Säcken, so dass dadurch leicht diagnostische Irrthümer entstehen könnten; doch wird hier der Nachweis der Scoleces oder Kalkkörperchen, ferner der Nachweis von Bernsteinsäure, Inosit in der Ecchinococcusflüssigkeit die Diagnose gestatten, da diese Substanzen sich in jenen oben erwähnten eiweissarmen Transsudaten nicht finden.

Naunyn hat im Ganzen siebenmal solche eiweissarme Transsudate beobachtet. In 3 Fällen entstammte die Flüssigkeit Ovariencysten; diese Fälle berechtigen, da sie nicht zur Obduction gelangten, nicht zu einem Erklärungsversuche dieses abnormen Vorkommens.

Dagegen fand sich in 4 genau beschriebenen Fällen solcher Transsudate als Grundleiden amyloide Degeneration der grossen Unterleibsdrüsen und der Gefässe der Darmschleimhaut.

Insbesondere bietet der zweite von N. beschriebene Fall Interesse. Hier fand sich in der rechten Pleurahöhle, wo die Gefässe der Serosa nur in sehr geringem Grade entartet waren, ein eiweissreiches Transsudat, während die in der linken Pleurahöhle und in der Bauchhöhle, woselbst die feinsten Gefässe hochgradig amyloid entartet waren, enthaltenen Flüssigkeiten die Beschaffenheit jener eiweissarmen Transsudate zeigten. Es erscheint hiernach wahrscheinlich, dass diese eigenthümliche Beschaffenheit der Transsudate, besonders die Eiweissarmuth durch die amyloide Degeneration der feinsten Gefässe in den Wandungen der betreffenden Körperhöhlen bedingt sei; man darf wohl annehmen, dass diese Veränderung der Wandung den Durchtritt von Eiweiss hindert, während der Durchtritt von Wasser und Salzen keine wesentlichen Hindernisse erfährt.

Hiernach scheint die geschilderte Beschaffenheit der Transsudate vielleicht selbst geeignet, einen Beweis für das Bestehen ausgebreiteter amyloider Degeneration der Blutgefässwandungen zu liefern.

Riegel.

192. Ueber Ecchinococcuskrankheit der Lungen.

Nach einem Vortrage von Professor Lebert mitgetheilt von Dr. Berger. (Berliner klinische Wochenschrift Nr. 3. und 4. 1871.)

Einem längeren Vortrage Lebert's über Ecchinococcuskrankheit der Lungen, den er bei Gelegenheit der Vorstellung eines solchen zur

Beobachtung gekommenen Falles hielt, entnehmen wir in Kürze Folgendes: Der betreffende Kranke, 40 Jahre alt, früher stets gesund, fing vor 2 Jahren an zu husten, wie er glaubte, in Folge einer feuchten und kalten Wohnung. Anfangs bestand nur trockner Husten, später stellte sich ein schleimiger Auswurf ein; allmählig verschlimmerte sich auch das Allgemeinbefinden, und im Frühjahr 69 liess sich bereits eine allmälig zunehmende Dämpfung der linken oberen Thoraxpartie, daselbst auch rasselnde Geräusche und bronchiales Athmen nachweisen. Anfangs Mai trat Hämoptoe ein, mit gleichzeitiger Exspectoration vieler unregelmässig gerollter, grosser weisser Membranen, die sich als die membranöse Hülle von Ecchinococcusblasen ergaben; zugleich mit diesen wurde eine grosse Menge einer gelblichen Flüssigkeit entleert. Der Auswurf der Membranen hörte nach einigen Tagen auf, dagegen blieb mässiger Husten mit reichlichem eitrig - schleimigem Auswurf zurück.

Anfangs October neue Steigerung der Erscheinungen; Fieber, Husten, Dyspnoe mehrten sich; zahlreiche klingende Rasselgeräusche waren jetzt links oben und vorne zu hören; neuerdings wurden jetzt grosse Massen von Ecchinococcusblasen ausgeworfen. Von nun an rasche Besserung, allmälig trat eine leichte Einziehung der oberen vordern Brustpartie ein. Jetzt bestehen nur noch die Zeichen eines langsam heilenden Hohlraumes.

Lebert erinnert an die vollständige Analogie aller dieser Erscheinungen mit denen einer tuberculösen Entzündung des linken obern Lungenlappens mit Cavernenbildung, und sagt, dass die Diagnose auf Ecchinococcuskrankheit gewöhnlich erst dann gestellt werden könne, wenn Blasen ausgetrieben werden.

Aber auch in den Fällen, in denen beim ersten Durchbruch nur die klare, helle Hydatidenflüssigkeit exspectorirt wird, kann man die Diagnose stellen, da rein seröse Ergüsse sonst nicht durch die Bronchien entleert werden. Insbesondere ist aber der fehlende Eiweissgehalt und der Nachweis von Inosit und von Bernsteinsäure für die Hydatidenflüssigkeit characteristisch.

Vor der Entleerung von Blasen kann aber auch die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit in den Fällen gestellt werden, in denen die Geschwulst den entsprechenden Thoraxtheil hervorgewölbt hat, und in denen man das, wenn auch nicht characteristische Hydatidenschwirren wahrnimmt. Ist man sicher, dass kein Aneurysma vorliegt, so kann eine Probepunction hier von Nutzen für die Diagnose sein; auch der Nachweis einer Ecchinococcuscolonie in der Leber kann hier diagnostisch bedeutungsvoll sein.

Lebert führt einen selbst beobachteten Fall von Ecchinococcus der Milz an, der zeigt, dass eine vorsichtig ausgeführte Probepunction zuweilen selbst eine direct heilende Wirkung hat.

Ein 23jähriges Mädchen bemerkte seit 3 Jahren eine allmälig wachsende Geschwulst im l. Hypochondrium; die Geschwulst ragte kinds-

kopfgross unter den linken Rippen hervor, ohne indess deutliche Fluctuation zu geben. Eine Probepunktion entleerte eine farblose, eiweisslose, leicht opalisirende Flüssigkeit; die Geschwulst fiel nach der Punction sehr zusammen und füllte sich auch im weiteren Verlaufe nicht wieder.

Endlich erzählt Verf. noch einen dritten Fall seiner Beobachtung, in dem ein Pneumothorax durch Ecchinoccocus der Lungen entstanden war.

Ein kräftig gebauter aber etwas abgemagerter Nagelschmied litt seit einiger Zeit an vagen Brustschmerzen und trocknem Husten. Die Untersuchung ergab zu dieser Zeit nur zerstreute katarrhalische Rhonchi, bald aber steigerten sich Athemnoth und Husten und liess sich eine Alteration der rechten Lungenspitze, weiterhin auch eine doppelseitige Pleuritis nachweisen. Bald darauf exspectorirte der Kranke plötzlich unter heftigem Husten etwa 1 Pfd. einer dicken, eitrigen, übelriechenden Flüssigkeit; nach einigen Wochen, Wiederholung dessen; eines Tages empfand der Kranke plötzlich rechts heftige Brustschmerzen, grosse Dyspnoe und wurden wieder über 200 Grm. einer übelriechenden eitrigen mit Blut untermischten Masse ausgeworfen; dabei ergab die Untersuchung jetzt an Stelle der früheren Dämpfung hypersonoren Ton, Ausdehung dieser Thoraxpartie, schwaches amphorisches Athmen daselbst, kurz die Zeichen eines Pneumothorax. 36 Stunden nach der Perforation erfolgte der Tod. Die Obduction ergab viel Luft im Pleuraraum und gelangte man in eine etwa faustgrosse Höhle der Pleura, von der aus eine Perforationsöffnung in eine andere, dem r. obern Lungenlappen angehörige Höhle führte. In der eitrigen Flüssigkeit, die den Pleuraabscess füllte, fand sich eine geplatzte Ecchinococcusblase; in der Höhle fanden sich dann noch grössere und kleinere Hydatidenblasen; auch im rechten Leberlappen fanden sich drei fluctuirende Geschwülste, die Ecchinococcuscolonien enthielten.

Auch in diesem Falle bot die Krankheit das Bild einer besonders im r. obern Lungenlappen bestehenden Tuberculose mit späterer doppelseitiger Pleuritis.

Verf. erwähnt, dass in vielen Fällen die Lunge allein der Sitz dieser Parasiten sei, und kein Zusammenhang mit Leberhydatiden bestehe. Selten greift eine Hydatidencolonie der convexen Leberoberfläche auf den untern Theil der Lunge über. Lebert nimmt vielmehr an, dass die Embryonen des Ecchinococcusbandwurms ebensogut primär in die Lunge, wie in andere Organe einwandern; wahrscheinlich gelangen die Embryonen zuerst in den Magen, von wo sie allerdings am leichtesten in die Leber gelangen; aber sie dringen auch vermittelst ihrer spitzen Hervorragungen unschwer durch das Zwerchfell in die Lunge, wo sie meist grössere Staatscolonien bilden, selten einzeln zerstreut leben.

Die Hydatiden sitzen meist im eigentlichen Lungengewebe; selten, wie in dem Andral'schen Falle in den grösseren Lungenvenen oder auch in den Lungenarterienzweigen.

Diese Hydatiden in der Lungenarterie sind in manchen Fällen auf embolische Vorgänge zurückzuführen, wie einen solchen Fall BARKLAY beschrieb.

Die zerstreuten multiloculären Ecchinococcen dagegen kommen als tuberkelähnliche Knötchen und Herde vor und werden sehr leicht mit solchen verwechselt.

Bezüglich der Aetiologie scheinen Hunde insbesondere die Träger der Ecchinococcusverbreitung zu sein. Das Zusammenleben von Menschen mit Hunden und auch der an manchen Orten nicht seltene Genuss von Hundefleisch mag einer der Entstehungsgründe sein, wenn auch LEBERT diesen Weg nicht für den hauptsächlichsten der Verbreitung hält. Verf. glaubt, dass das enge Zusammenleben mit Hunden mehr in der Art von Einfluss ist, dass den Hunden oft Bandwurmglieder abgehen, aus denen dann die Eier frei werden und nun in verschiedener Weise, so mit der Luft, mit dem Wasser und dgl. in den Organismus gelangen. Als eine offene Frage muss aber bestehen bleiben, ob die freien Eier direct im Darmkanal sich zu Embryonen entwickeln, welche dann die verschiedenen Organe durchwandern und so Ecchinococcuscolonien bilden, in welcher Weise vom Ecchinococcusbandwurm des Hundes aus der Mensch die Ecchinococcuskrankeit bekommt. F. RIEGEL.

193. Fractur der zehnten Rippe durch Muskelaction.

Von Prof. **Podrazki** (Oesterr. Zeitschr. f. pract. Heilkunde. 1872. Nr. 18).

Einem kräftigen, gesunden Manne von 50 Jahren geriethen beim Mundausspülen einige Tropfen Flüssigkeit in den Kehlkopf. Um die noch im Munde befindliche Flüssigkeit nicht auszuhusten, machte er eine gewaltige Muskelanstrengung, der forcirten Exspiration entgegen zu wirken und spürte sogleich in der Gegend des rechten Rippenbogens einen heftigen Schmerz, mit dem Gefühle, es müsse dort etwas gerissen sein. Die Schmerzen nahmen am nächsten Tage, nachdem Patient viel umhergegangen war, so zu, dass er sich zu Bette legen musste. Verf. sah ihn, konnte aber wegen bedeutender Anschwellung der Weichtheile zu keiner Diagnose kommen. Den nächsten Tag, nachdem die Geschwulst verschwunden war, liess sich ganz leicht eine Fractur der zehnten Rippe mit Dislocation des inneren Fragmentes unter das äussere constatiren. Die Heilung erfolgte rasch.

WINIWARTER.

194. Folgeerscheinungen nach Sonnenstich.

Von Dr. S. **Webber** in Boston. (Boston medic. and surg. journ. 1871. 16.)

Verfasser führt drei in den Haupterscheinungen ziemlich ähnliche Beispiele an; in allen stellte sich nach jeder körperlichen oder geistigen Arbeit, besonders wenn dieselbe in der Sonne oder in einem heissen Raume vorgenommen wurde, Kopfschmerz ein, — eine Eigenthümlichkei

dieser Erscheinung ist ihre Persistenz, indem dieselbe, wenn sie auch in der kalten Jahreszeit ausgesetzt hatte, im nächsten Sommer vielleicht mit geringerer Intensität wiederkehrt, — bis zu ihrem endlichen Verschwinden. — In anderen schwereren Fällen aber, wie der vierte mitgetheilte, kommt es zu Paralysen und Anästhesien oder zu Irrsinn; in diesen ist es wahrscheinlich, nicht wie in den 3 ersten, bei einer Störung des Kreislaufes in den Nervencentren geblieben, sondern bereits eine tiefere Ernährungsstörung eingetreten. In Hinsicht der Therapie wurde Jodkalium besonders empfohlen, mit dem vortheilhaft Tonica, — Chinin und Eisen — verbunden werden können; doch wirken alle diese Mittel nur langsam, und es muss den Kranken vor Allem Vermeidung von körperlicher oder geistiger Anstrengung anempfohlen werden.

Obersteiner.

195. Die Paralyse des Oesophagus.

Von Dr. W. Hamburger. (Klinik der Oesophagus-Krankheiten mit diagnostischer Verwerthung der Auscultation dieses Organs. Erlangen, Verlag von Ferdinand Enke, 1871.) *)

Der Schlingact wird durch die Synergie einer ganzen Reihe von Muskeln bedingt; ist der Bissen durch die Bewegung der Zunge und Wangen bis hinter die vorderen Gaumenbögen gebracht, so beginnt eine Reihe in raschester Thätigkeit und fast gleichzeitig wirkender Muskelactionen, um den Bissen aus der Rachenhöhle sofort in den Oesophagus zu schaffen. Durch die Erhebung der Zunge und der Glossapalatini wird der Pharynxraum nach vorne abgeschlossen, durch die Zurückbiegung der Zungenwurzel wird der Kehldeckel auf den Eingang des gehobenen und nach vorne unter die Zungenwurzel geschobenen Kehlkopfes gedrückt, und der Bissen gleitet ohne Gefahr für die Stimmritze weiter. Zugleich wird der Weg in die Choanen und die Tuba Eustachii durch die Anspannung des Gaumensegels und die Annäherung der Schenkel des hinteren Gaumenbogens abgesperrt. Nun verengen die Levatores und Constrictores pharyngis den Rachenraum noch mehr, so dass dem Bissen kein anderer Ausweg als der in den Oesophagus übrig bleibt.

Demnach hängt die physiologische Function von der Intactheit aller der eben angeführten Muskeln und ihrer Nerven (Vagus, Accessorius, Hypoglossus und Glossopharyngeus) sammt deren Centren ab.

Als veranlassende Ursachen der Paralysen des Oesophagus werden angeführt: 1. Läsionen der Nervencentren, Apoplexie, seröse oder eitrige Ergüsse daselbst, Hydatidencysten und andere Tumoren, Verwundungen des Gehirns; 2. „Erschöpfung der Nervenkraft" nach Schreck etc., Blutverluste, im Verlaufe typhöser Krankheiten, wo es manchmal nothwendig sein soll (der Nachweis für diese Behauptung fehlt, Ref.), die ganze Zeit über bis zur Reconvalescenz den Kranken durch die Schlundsonde zu ernähren; bei Selbstmordversuchen durch

*) Vgl. „Rundschau" 1872. Nr. 36.

Abstinenz tritt manchmal (wo bleibt der Beleg für dieseBehauptung? Ref.) Schlingparalyse ein, so dass die Kranken nun auch, wenn sie wieder wollen, nicht schlingen können; Aehnliches kömmt bei Geisteskranken und Hysterischen, im hohen Alter und im Verlaufe inveterirter Cachexien vor. 3. Syphilis, übermässiger Alcoholgenuss, Bleilähmungen, Diphtheritis. 4. Erschütterung des Körpers durch Sturz. 5. Allgemeine Atrophie.

Symptome und Diagnose. „Nicht selten" ist Anästhesie der verschiedenen Rachengebilde vorhanden; der Grad der Dysphagie hängt davon ab, ob auch der Pharynx gelähmt ist oder nicht; in letzterem Falle findet nämlich durch die Action des Pharynx allein auch ohne Theilnahme des Oesophagus Schlingbewegung statt.

In letzteren Fällen empfindet der Kranke, dass der Bissen nicht schnell genug die Speiseröhre passire, hat allenfalls bei kleinen Bissen gar keine Beschwerden, grössere passiren angeblich desshalb besser, weil sie „den Pharynx zu starker Contraction reizen". Die Kranken schlucken leichter in aufrechter Lage, als im Liegen und müssen dem Schlingacte mit dem Finger, einem Stäbchen oder durch einen nachfolgenden grossen Bissen (oft erst bei der nächstfolgenden Mahlzeit) nachhelfen. Manchesmal wird der stecken gebliebene Bissen wieder ausgebrochen. — In hochgradigen Fällen und wo sich Lähmung der Pharynx-, Zungen- und Larynxmuskeln hinzugesellen, gelangt bei jedem Schlingacte etwas in den Larynx, ohne dass es doch bei der grossen Respirationsschwäche (und Anästhesie des Larynx? Ref.) schnell exspectorirt werden kann. Die letzten Tage solcher Kranken sind gerade dadurch so äusserst qualvoll.

Ein kaum fehlendes Symptom der Oesophagusparalyse ist der Speichelfluss, da der Kranke den Speichel nicht schlucken kann, und es daher vorzieht, ihn aus dem offenen Munde und vorwärts gebeugt abfliessen zu lassen. Die Sonde gibt Aufschluss über die herabgesetzte oder erloschene Reizbarkeit des Pharynx, die Auscultation ergibt eine „trichterförmige Form" des geschlungenen Bissens, bei vorgeschrittener Lähmung verliert sich die Formation des Bissens ganz und man vernimmt bloss das Herabrinnen „eines langen, mehr weniger dünnen Stromes". Ist der Pharynx in seiner Musculatur allein oder mit den synergisch wirkenden Muskeln paralysirt, dann wird das normale, schallende Gurgelgeräusch in der Pharynxgegend immer undeutlicher, bis bei wahrer Paralyse kein Geräusch mehr wahrgenommen wird.

Was den Verlauf und Ausgang der Krankheit betrifft, so richtet er sich bei der symptomatischen Paralyse nach der primären Affection, die idiopathische kommt und geht oft rasch; doch kann ihr Gang auch langsam sein und sich durch Jahre hinziehen. — Das Gleiche gilt von der Prognose; sie ist um so besser, je weniger complicirt die Paralyse ist.

Die Therapie muss zunächst trachten, der Causalindication zu genügen; man wird je nach Umständen antisyphilitisch verfahren, oder den Genuss der Alcoholica untersagen, Beschäftigung mit Bleipräparaten verbieten, bei Anämie etc. roborirend zu wirken suchen etc. Bei centralen Affectionen müssen aber diese behandelt werden. „Dass man organische Krankheiten des Oesophagus möglichst schnell zu beseitigen habe, ist selbstverständlich. — Symptomatische Mittel sind: reizende Einreibungen in der Halsgegend, Kauen gewürzhafter Speisen, Gargarismen mit einem Inf. rad. Pyrethri, directe Pharynxreizungen mittelst Canthuridentinctur, die Schlundsonde; ferner Strychnin, Secale cornutum, grosse Gaben von rad. Arnicae, Electricität (directe Behandlung der Oesophagus-Schleimhaut); doch hat letztere auch schon Verschlimmerungen zur Folge gehabt.

Endlich empfiehlt Verf. Kaltwassercuren, Gastein, Teplitz und die Franzensbader Moorbäder in geeigneten Fällen. — Palliativ muss zur Erhaltung des Lebens die Hohlsonde und der Schlundstosser, so oft es nöthig ist, in Gebrauch genommen werden. BETTELHEIM.

196. Hydrophobia.

Von Dr. Ludwig Auer (Landshut). (Aerztl. Intell.-Bl. 1871, 29.)

M., 54 Jahre alt, Bezirksgerichtsrath, vordem gesund, „in der letzten Zeit“ gereizter, schliesslich weicher Stimmung, verlor am 29. Dec. den Appetit, angeblich nach einem Diätfehler, bekam einen zwei Tage währenden „Frost“, Durst, Kreuzschmerzen, Schlaflosigkeit. 30. Dez. Mittags 11 Uhr: Belegte Zunge, ohne Temperaturerhöhung, (wurde die Temperatur gemessen? Ref.) Puls 76, Spinalschmerz, Hyperaesthesie des rechten Fusses. — Abends 9 Uhr: Patient kann nicht mehr trinken, was Dr. AUER aufmerksam machte, der bisher den Zustand für Gastricismus gehalten hatte. Patient wies Wasser zurück; liess er sich dazu bewegen, welches (2 bis 3 Tropfen) zu nehmen, so geschah es unter schnappender Bewegung, und er bekam darauf Stick- und Würganfälle (ausgesprochenes Bild der Hydrophobia). Er klagte über Trockenheit im Halse, Durst und Bedürfniss, auszuspeien. Auch nach Eisstückchen, die er in den Mund nahm, Inspirationskrämpfe. Von einem Hunde gebissen worden zu sein, läugnete er entschieden. — 31. Dec. Verschlimmerung aller gestrigen Symptome, Unruhe, starke Hauthyperaesthesie, so dass ihm die leiseste Berührung unangenehm wird, Pat. ist sehr mittheilsam, kann aber nur kurze Sätze aussprechen, wegen der häufigen „Respirationskrämpfe“ und des ununterbrochenen Bedürfnisses, auszuspeien; Röthe des Rachens, vollkommene Dysphagia. Er sprang einmal sogar aus dem Bette, wollte sich vom Fenster stürzen, etc. — kurz, die ausgesprochenste Jactation. Dabei wollte er noch immer von einem

Hunde nicht gebissen worden sein, „selbst als er an den Angriff seines eigenen Hündchens erinnert wurde.“ Mittags: Bereits eintretende Mattigkeit, Puls 120. In einem Anfalle während einer Morphin-Injection soll er Verf. am vom Rocke geschützten Oberarme mit den Zähnen gepackt und auch noch ausserdem zweimal nach den Fingern der ihm Eis reichenden Personen geschnappt haben. Die Beisswuth“, sagt Auer, „war übrigens nicht besonders ausgeprägt“ (fehlt gewöhnlich ganz, Ref.) — Jetzt erst wurde von den Angehörigen angegeben, dass M. vor circa 6 Wochen (also der gewöhnliche Zeitraum vom Bisse bis zum Ausbruche der Krankheit Ref.) von einem Hündchen in die blossen Waden gekneipt worden sei. Besagter Hund sei die letzten Lebenswochen bissig gewesen, einmal davongelaufen, hätte sich oft verkrochen und sei drei Wochen nach dem Bisse an „Magendarmblutung“ krepirt. Auch die 4 zu Hause befindlichen Kinder des M. seien „sämmtlich mehr oder weniger von dem Hündchen verletzt worden,“ das jüngste Mädchen zeigte eine deutliche Bisswunde am Vorderarme.“ (Wenn Auer — mit Anderen — daraus folgert, dass eine Praedisposition dazu gehöre, um nach dem Bisse eines wüthenden Hundes Hydrophobie zu bekommen, so ist es doch viel wahrscheinlicher, dass eine bestimmte Art der Verletzung dazu (ähnlich wie bei Schlangenbissen) gehöre. Auf die Angaben von Leuten, welche eben erst auch von der Bisswunde des Vaters nichts gewusst haben, mit Bestimmtheit Schlüsse zu bauen, geht eben auch nicht an. Uebrigens stehen die gebissenen Kinder vielleicht noch innerhalb der Incubationsdauer der Krankheit. Ref.)

Unter allmäliger Abnahme der Jactation, später heiteren Delirien, (der letzte „Anfall“ von Respirationskrämpfen circa 2 Stunden vor dem Tode) starb M. ungefähr 30 Stunden nach dem ersten deutlichen Auftreten der hydrophobischen Inspirationskrämpfe. Die Section ergab starke Füllung der Gefässe der Dura mater, Blutreichthum des Gehirns, starke Pacchionische Granulationen; die Rückenmarks-Arachnoidea sehr blutreich und von auffallend zahlreichen Plättchen fibrösen Gefüges umgeben, die nach Buhl — der eben im Orte Landshut sich aufhielt — dieselbe Bedeutung hatten, wie die Pacchionischen Granulationen. — Für spätere Fälle räth Auer zu subcutanen Injektionen von Chloralhydrat wegen der antidotarischen Wirkung des Chloralhydrates bei Strychninvergiftung *). Bettelheim.

197. Spinal-Irritation.

Von Dr. Fr. Alex. Hutchins. (Med. Record. 135.)

E. S., 16 Jahre alt, Reconvalescentin von einer schweren Pneumonie. In der stürmischen Nacht des 1. Jänner hatte der durch die Wand träufelnde Regen ihr das Bett, in dem sie lag, durchnässt. Am

*) Vgl. „Rundschau“ 1872, Nr. 8.

nächsten Tage keine besonderen Zufälle ausser ein Gefühl von Ameisenkriechen, am Abend Schmerz an der Spitze der rechten grossen Zehe. Der Schmerz wird gegen Morgen intensiver und steigert sich, beschränkt auf die Zehe, zu einer marternden Heftigkeit.

6. Jänner. Derselbe Schmerz in der rechten Ferse mit vorangehendem Gefühl von Ameisenkriechen; am 10. anscheinend in der Sehne des tib. ant., erlaubt den Fuss nicht mehr zu strecken; am 14. in der Sehne des semitend., tiefsitzender Schmerz im vordern, mittlern und innern Theil des Schenkels. Beugung im Kniegelenk.

Die Kranke litt an allen diesen Stellen unaufhörlich, Tag und Nacht, bewegungsunfähig vor Schmerz, schlaflos. Der marternde Schmerz war das einzige Symptom einer Störung; er war nicht paroxysmenartig oder intermittirend, Druck steigerte ihn, die Partien zwischen den angegebenen Stellen wie der übrige Körper nach Temperatur, Empfindung, Bewegungsfähigkeit normal. So bis zum 16.; Anaesthetica und Anodyna völlig nutzlos.

Am 16. klagt S. über eine Einschnürung rings um das Becken, und die bisher erfolglos untersuchte Wirbelsäule ist im obern Sacraltheil gegen Druck etwas empfindlich. In der Annahme einer Reizung des Rückenmarks in seinem untern Abschnitt wurde sofort auf 12 und geschröpft — mit fast augenblicklicher Erleichterung; S. schlief in kurzer Zeit ohne ein Opiat ein, und schlief durch 6 Stunden, merklich gebessert erwachend.

17. Jänner. Crotonöl-Einreibung über dem sacrum. Unterhaltung einer reichlichen Pustelbildung durch Wochen.

Der Kranken hat diese Behandlung erstaunlich gut bekommen. 2. Februar war der Schmerz ausser bei Druck gänzlich geschwunden, sie konnte stehen und mit den Zehen den Boden berühren, am 12. mit dem ganzen Fuss, am 1. März das ganze Glied ohne Beschwerde gerade richten und am 16. März als vollständig genesen gelten.

F. Kretschy.

198. Ein Fall von Atrophia musculorum lipomatosa.

Von Dr. Chvostek. (Oestr. Zeitsch. f. pract. Heilkunde 1871. Nr. 38., 39., 40.)

Der mitgetheilte Fall, einen 13jährigen Knaben betreffend, der von schwachen Eltern abstammend, unter ungünstigen Verhältnissen aufgewachsen, von frühester Jugend an Symptome körperlicher Schwäche gezeigt hatte, psychisch aber vollkommen entwickelt ist, entspricht in Allem dem von diesem Zustand bekannten Krankheitsbilde. Aus dem normalen Verhalten der Vorderarm- und Handmuskulatur, während die sie versorgenden Nervenstämme Herabsetzung der Erregbarkeit nachweisen liessen, kann man die Berechtigung ziehen, sich gegen eine primäre Muskelerkrankung auszusprechen.

Obersteiner.

199. Ein Fall von Scarlatina haemorrhagica.

Von Dr. Higginbotham. (St. Petersburger Medicinische Zeitschrift 4. Hft. 1870.)

Ein $2^1/_2$ Jahre altes Mädchen erkrankte unter schweren Prodromalerscheinungen (heftigem Fieber, Delirien) ganz plötzlich; weniger als 24 Stunden später ist der Körper mit ausgebreiteten Petechien bedeckt.

Dr. H. wundert sich darüber (auch der zu Rathe gezogene Dr. RAUCHFOTT [? Ref.]), dass ein anaemisches Individuum so rasch Petechien bekommen könne.

Es wird Scarlatina haemorrhagica vermuthungsweise diagnosticirt, obschon kein characteristisches Exanthem, keine Angina, keine Albuminurie vorhanden war.

Gegen alles Erwarten erholte sich das Kind wieder, nachdem es 3 Tage lang an heftigen tonischen und clonischen Krämpfen gelitten hatte, genoss von da ab Milch in grossen Quantitäten.

Die Petechien erblassten, die grösseren nahmen stellenweise das Ansehen von brandigen Geschwüren an, und am 9. Krankheitstage zeigte sich ein „oberflächlicher Ansatz" von Rachendiphtherie.

In der 4. Krankheitswoche trat lappige Desquamation auf, die für Dr. H. als Bestätigung der Diagnose der Scarlatina haemorrhagica galt.

Hervorzuheben ist noch die bedeutende acute Milzschwellung, welche schon beim Beginne der Krankheit nachgewiesen worden war, und in der 4. Woche neuerdings bei allabendlicher Fieberexacerbation wieder zunahm.

In der 3. Woche beobachtete man an dem Kinde Amblyopie, als deren Ursache eine beiderseitige Iridochoroiditis erkannt wurde, und der Autor meint, dass in Folge der herabgesetzten Propulsionskraft des Herzens innerhalb des Gefässgebietes der Iris, des Ciliarkörpers und der Choroidea sich marantische Thrombosen gebildet haben können, wie solche dem Fieberanfalle der Recurrens zu folgen pflegen.

Als das Kind in voller Reconvalescenz war, inficirte es sich, 3 Monate nach dem Ausbruche der 1. Krankheit, mit Morbillen und kam durch eine ausgedehnte catarrhalische Pneumonie neuerdings in Lebensgefahr.

Sie überstand auch diese Pneumonie, und zwar wie Dr. H. anzunehmen gesonnen ist, in Folge der Verabreichung von $^1/_2$ Gr. Sublimat (!) täglich.

Das Kind ist vollstädig genesen, das Sehvermögen so weit gebessert, dass es allein umhergehen und Farben unterscheiden kann.

EISENSCHITZ.

200. Ueber Grösse von Leber und Milz.

Von A. Steffen (Jahrb. f. Kinderheilk. Nr. 72.)

STEFFEN stellt seine zahlreichen Untersuchungen zusammen über die Grösse der Leber und Milz im kindlichen Alter, sowohl nach klinischen Beobachtungen, als auch nach Untersuchungen post mortem.

I. Leber: 1. Nach der Geburt ist die Leber im Verhältnisse zum Körpergewicht am grössten;

2. in den ersten Lebensmonaten erfolgt keine Veränderung dieses Verhältnisses;

3. gegen Ende des ersten Jahres nimmt die Leber im Verhältnisse zum Körpergewichte ab;

4. bei Knaben ist dieses Verhältniss mehr in die Augen fallend, als bei Mädchen;

5. es trifft dies mit dem Zeitpuncte zusammen, wo die Leber absolut an Grösse zunimmt, abhängig von dem Alter und Wachsthum des Kindes;

6. mit Zunahme der Jahre zeigt sich die Grösse der Leber in dauernder Abnahme im Verhältniss zum Körpergewicht, obgleich beide eine stetige Zunahme erfahren;

7. ein Unterschied in den Geschlechtern existirt nunmehr nicht;

8. bleibt der Körper in seiner Entwicklung zurück, so ist die Grösse der Leber im Verhältnisse beträchtlicher, als unter normalem Verhältnisse;

9. bei schlechter körperlicher Ernährung bleibt auch die absolute Grösse der Leber unter der Norm.

Die klinische Grösse der Leber ist zum wesentlichen Theil auch von ihrer Lage abhängig, indem beträchtliche Füllung des Magens, Exsudate, Tumoren im Abdomen etc. etc. die wirkliche Grösse maskiren können; desgleichen können Ergüsse von Flüssigkeit oder Luft etc. in den rechten Pleurasack ihre Lage verändern.

Dieselben Verhältnisse gelten von der Milz.

Diese Resultate sind gewonnen im Leben ohne pathologische Veränderungen.

II. Grössen von Leber und Milz bei pathologischen Veränderungen, je nachdem jene Organe selbstständig erkrankt oder durch eine allgemeine Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen wurden.

Die „Fettleber“, welche post mortem constatirt wurde, bewegt sich in einer gewissen physiologischen Breite. Zerstreute Herde derartiger Fettanhäufung in den Leberzellen finden sich fast in jeder Kindesleiche. Diffuse Anhäufung ist seltener und nur in sehr hohem Grade zeigen die Leberränder dasselbe stumpfe Ansehen wie bei Erwachsenen.

Die höchsten Grade der diffusen Fettleber kommen vor bei der sogenannten chronischen Lungentuberculose.

Acute Exantheme, Typhus etc. bewirken immer eine beträchtliche Schwellung von Leber und Milz. Beide Organe zeigen die Charactere eines acuten Tumors; nur feb. intermittens macht eine Ausnahme.

Die bedeutendste Schwellung zeigt febris recurrens. Bei Purpura wurde Schwellung der Leber und Milz, bei Syphilis nur Schwellung der Leber und nur in einzelnen Fällen gefunden.

Die grösste Volumszunahme weist die Leber bei amyloider Degeneration auf; desgleichen die Milz bei Leukämie.

Icterus zeigt geringe Schwellung der Leber, Tuberculose der Leber und Gallengänge hingegen nicht; ebenso bei der Milz, die eher kleiner, gerunzelt erscheint.

Schwellung der Leber ist ferner bedingt durch Stauung, als bei Pleuritis, Emphysema, chronischer Pneumonie (nur ausnahmsweise); Herzfehler, namentlich Mitralinsufficienz bedingen auffallenderweise keine Volumszunahme der Leber und Milz.

Bei acuter Tuberculose ohne Betheiligung der Leber erscheint dieselbe meist geschwellt.

Bei profusen Intestinalcatarrhen ist die Leber kleiner. Bei Cirrhose, wenn diffus, erfolgt eine Verkleinerung der Leber; wenn partial, so erfolgt eine Anschwellung des intact gebliebenen Theiles.

Die Untersuchungen post mortem haben die klinischen Befunde bestätigt.

Gewicht der Leber. Dasselbe ist bei den verschiedenen Krankheiten schwankend und behält sich der Verf. vor, auf diese Verhältnisse noch zurückzukommen.

Die fleissig und übersichtlich geordneten Tabellen wollen im Originale nachgesehen werden. v. HÜTTENBRENNER.

II. Medicinische Chemie, Pharmacologie, Therapie, Balneologie, Instrumentenlehre.

201. Ein neues Narcoticum.

Von O. Liebreich. (Allgem. med. Centralzeitg. Nr. 82. 1871.)

In der Naturforscherversammlung in Rostock macht LIEBREICH auf das von KRAEMER und PINNER durch Einleiten von Chlor in Allylen dargestellte Crotonchloral aufmerksam. Dasselbe zerfällt beim Behandeln mit Alkalien unter Austritt von Salzsäure in Dichlorallylen und Ameisensäure. Die Wirkung desselben an Thieren ist, obwohl das Crotonchloral, ebenso wie Chloral, an einer Stelle 3 Chlor an Kohlenstoff gebunden enthält, eine vom Chloral verschiedene. Bei Thieren tritt zuerst eine starke Anästhesie am Kopfe ein, während die Sensibilität am übrigen Körper erhalten ist, diesem Stadium folgt zweitens die Functionsunfähigkeit des Rückenmarks, durch allgemeines Erlöschen der Reflexerregbarkeit characterisirt; Respiration und Puls unverändert.

Im dritten Stadium, bei grossen Gaben, erfolgt bei Thieren der Tod durch Lähmung der medulla oblongata. Durch künstliche Respiration gelingt es, Thiere am Leben zu erhalten. Die Theorie spricht dafür, dass sich im Organismus Dichlorallylen bildet und dieses analog dem

Aethylidenchlorid wirkt. Bei Vergiftung mit übergrossen Dosen kann aber die Wirkung des ganzen Moleküls Crotonchloral eintreten, indem entgegengesetzt der früheren Wirkung Lähmung des Herzens erfolgt. Bei Versuchen am Menschen konnte bei einem Kinde vollständige Anästhesie des Trigeminus erreicht werden, während die Reflexerregbarkeit am übrigen Körper erhalten blieb; Puls und Respiration während der ganzen Narkose in ihrer Frequenz unverändert. Dasselbe Resultat ergaben spätere Versuche an Geisteskranken. Das Crotonchloral vermag somit das Gehirn in eine tiefe Narkose zu bringen, ohne die Thätigkeit des übrigen Organismus herabzustimmen, während bei Chloral eine entsprechend tiefe Narkose des Gehirns von allgemeiner Anästhesie und einer gefahrbringenden Herabsetzung der Herzthätigkeit begleitet ist.

SCHROFF.

202. Vorlesungen über die Principien bei der Behandlung des Fiebers.

Von Dr. S. R. Lionel, Beale, (Medical Times et Gaz. Vol. II. Nr. 1120.)

Die Ursache der Temperaturzunahme im Fieber ist nach BEALE wahrscheinlich eine rapide Zunahme des Blutplasmas (Bioplasma) und der Gewebsflüssigkeit, veranlasst durch eine verlangsamte Circulation oder Stagnation in den Capillaren.

Seine Gründe für diese Fiebertheorie sind wesentlich die wiederholt beobachtete beträchtlichere Durchtränkung der Gewebe mit Flüssigkeit bei verschiedenen Fieberformen, und das Steigen der Körpertemperatur durch 1—2 Stunden nach dem Tode, also bei schon sistirter Circulation.

Im Fieber wächst die Menge des „Bioplasma" im Blute und den Geweben rascher als in der Norm.

Die Therapie hat nun die Aufgabe, die Blutstagnation in den kleinen Gefässen und die bei ausgebreiteten Entzündungen und Fiebern in einem grösseren Gefässgebiete oder im ganzen Körper eintretende Störung der Capillar-Circulation zu verhüten oder zu beseitigen.

Das Eintreten dieser Störungen wird begünstiget 1. durch Schwächung der Herzkraft, 2. Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes und 3. durch Zunahme des Bioplasmas im Blut, und zwar in den Gefässen und den Geweben.

Da eine Schwächung der Gefäss-Innervation der Circulationsveränderung zu Grunde liegt, da in der Kälte die Zunahme des „Bioplasmas" verzögert zu werden scheint, so wird als Antipyreticum eine combinirte Behandlung mit Excitantien, und zwar grossen Dosen von Alkoholicis und Wärmeentziehungen empfohlen.

Es werden Beispiele dafür angeführt, dass bei dieser Methode die Temperaturherabsetzung besser gelingt, als bei der Anwendung der Kälte allein.

WINTERNITZ.

203. Behandlung der Syphilis mit Aethylsublimat.

Von Prümers. (Referat der allgem. medicin. Centralzeitg. 2. Stück. 1872.)

Im Frühjahre 1870 wurden 20 Weiber, welche zum erstenmale ausgesprochene Zeichen allgemeiner Syphilis darboten, subcutan mit Aethylsublimat von P. behandelt. Die Symptome waren theils maculöser theils papulöser oder squamöser Ausschlag; Condylomata lata oder Ulcerationen auf der Schleimhaut des Rachens und der Mundhöhle. Verf. bediente sich zu subcutanen Injectionen einer Lösung von $^1/_2$—1 Grm. auf 100 Grm. Wasser.

Durchschnitlich genügten 10 — 20 Injectionen. Eine jede enthielt 1—$^1/_2$ Grm. Flüssigkeit je nach der Stärke der Lösung (d. i. $^1/_{10}$ bis $^1/_5$ Grm. des Arzneikörpers), welche neben localer Behandlung, um in einem Zeitraume von 3—5 Wochen die syphilitischen Erscheinungen zum Schwinden zu bringen, gebraucht wurden; die Injectionen verursachten auf dem Rücken äusserst geringfügige Schmerzen, keine nennenswerthen Infiltrata oder Indurationen, keine Digestionsstörungen oder krankhafte Affectionen der Speicheldrüsen oder des Zahnfleisches. Im Gegentheile war das Allgemeinbefinden ein sehr gutes.

Bei anderen wenigen Patienten hat Verf. das Aethylsublimat in Pillenform (0,5—1,0 mit Argilla alba oder Suc. Liquir. auf 10 Pillen Morgens und Abends eine zu nehmen) ebenfalls mit gutem Erfolg angewandt, ohne dadurch dem Patienten die geringsten Beschwerden zu verursachen. Diese dem Anscheine nach bequeme, innerliche Anwendung erklärt sich zum Theile aus der Eigenschaft des Körpers, an dem ersten Orte der Berührung durchaus keine corrosiven Wirkungen zu entfalten. Ueberhaupt soll die toxische Wirkung des Aethylsublimates eine weit geringere als die des gewöhnlichen Sublimates sein. Da der besprochene Arzneikörper noch wenig bekannt ist, möge hier eine Methode der Darstellung Platz finden.

Aus Jodäthyl ($JC_2 H_5$) und Natriumamalgam ($Na + Hg$) erzeugt man unter Gegenwart von essigsaurem Aethyl, welches die Rolle eines Contactkörpers spielt Quecksilberäthyl $Hg \begin{cases} C_2 H_5 \\ C_2 H_5 \end{cases}$

nach dem Schema $2\,JC_2 H_2 + 2\,Na + Hg = Hg \begin{cases} C_2 H_5 \\ C_2 H_5 \end{cases} + 2\,Na\,J$

Versetzt man das Quecksilberäthyl, eine schwere, ölige wasserhelle, penetrant riechende Flüssigkeit mit einer alcoholischen Lösung von Sublimat, so bekommt man als Niederschlag Aethylsublimat,

$$\text{nach dem Schema } Hg \begin{cases} C_2 H_5 \\ C_2 H_5 \end{cases} + Hg \begin{cases} Cl \\ Cl \end{cases} = 2\,Hg \begin{cases} C_2 H_5 \\ Cl. \end{cases}$$

Es wird filtirt, was auf dem Filter bleibt mit heissem Wasser, in welchem sich das crystallinische Aethylsublimat wenig löst, ausgewaschen und über Schwefelsäure im leeren Raume getrocknet.

Der auf diese Art gewonnene Arzneikörper bildet weisse, glän-

zende Blättchen, löst sich wenig in Wasser, schwierig in kaltem, reichlich in kochendem Weingeist, wenig in Aether. Bei circa 4% sublimirt er in schönen dünnen Blättchen, ohne vorher zu schmelzen. Er zersetzt sich an der Luft nicht leicht und hat einen eigenthümlichen, jedoch nicht unangenehmen Geruch. Eiweiss wird durch Aethylsublimat nicht gefällt, und daraus will Dr. P. eine leichtere Resorptionsfähigkeit des Körpers (im Gegensatze zum Sublimat) ableiten. Emanuel KOHN.

204. Peritonitis, behandelt durch Paracentese.

Von Prof. E. Wiege. (Novsk Mag. 3. B. I. 4. 1871.)

Ein 24jähriger Student der Medicin, der wiederholt an Verdauungs-Störungen gelitten hatte, empfand bei einem Spaziergange plötzlich einen heftigen Schmerz in der Nabelgegend, der indess bis zum andern Tage fast vollständig geschwunden war. In Folge eines Schlages auf den Unterleib empfand er bald darauf wieder äusserst heftigen Schmerz, der Unterleib trieb sich auf, Erbrechen und Diarrhoe traten ein; diese Erscheinungen bestanden mehrere Tage; zur Zeit der Aufnahme fand man den Unterleib stark aufgetrieben, sehr empfindlich und ergab sich zwischen Nabel und Symphyse Dämpfung, während oberhalb und seitlich tympanitischer Ton bestand. Die Dämpfung nahm in den nächsten Tagen nach oben zu, das Epigastrium erschien stark vorgetrieben. Der Allgemeinzustand verschlimmerte sich immer mehr, die Luftauftreibung im Epigastrium nahm zu, ein Klysma entfernte nur einige harte Fäcalknollen, ohne dass Gase abgingen; die Dyspnoe wurde heftiger, und der Kranke collabirte.

W. punctirte zuerst das Colon transversum, das die starke Auftreibung des Epigastriums bewirkt hatte, worauf viele Gase abgingen, und Erleichterung eintrat; da die früheren Symptome, Dyspnoe, Schmerzen, Mangel des Abganges von Fäces und Flatus wieder neuerdings sich in erhöhtem Masse einstellten, nahm W. die Paracentese zwischen Nabel und Symphyse vor, wodurch sehr viel grünlich gelber Eiter entleert wurde: es wurde nur so lange Eiter abfliessen gelassen, als derselbe im Strahle floss; darnach trat sichtliche Erleichterung und deutliche Umfangsverminderung des Unterleibes ein. Das Epigastrium zeigte sich indess immer noch vorgewölbt; Defaecation trat nur auf Wasserklystiere ein. Bald nahm indess das Exsudat wieder zu, und es wurde darum eine zweite Paracentese vorgenommen, durch welche gleichfalls viel Eiter entleert wurde, und worauf wieder bedeutende Besserung eintrat.

Da das restirende Exsudat indess nicht resorbirt wurde, wurde 9 Tage später die 3. Punction vorgenommen, die abermals viel Eiter entleerte; auch diesmal ersetzte sich das Exsudat bald wieder, wesshalb eine 4. Punction vorgenommen wurde, die gleichfalls viel grünlich gelben Eiter lieferte. Da indess auch jetzt das Exsudat sich wieder ersetzte, indem der zurückbleibende Eiter stets Anlass zu weiterer Eiterproduction gab, und da die Gefahr einer Infection sehr nahe lag, so war W. auf ein Mittel bedacht, jetzt alle Reste des Eiters zu entfernen.

Er machte eine 5. Punction, die wieder viel Eiter entleerte und spülte dann mit ½percentig-erwärmter Kochsalzlösung die Eiterhöhle aus, bis das Wasser rein ausfloss.

Auch jetzt trat, wenn auch viel langsamer, neue Eiterbildung ein; indess bildete sich eine Infiltration um die Stichcanäle, die zu spontaner Fistelbildung führte; in diese Fistelöffnungen, aus denen nun spontan der Eiter abfloss, wurden Drainageröhren eingelegt. Der Kranke schien sich allmählig zu erholen; noch zweimal trat vorübergehend in Folge erschwer-

ten Eiterabflusses Verschlimmerung ein, die aber bald wieder schwand. Drei Monate nach der letzten Punction hatte sich die Fistel geschlossen und war der Kranke vollständig genesen.

Dieser Fall zeigt, dass wenigstens bei der chronischen Form der Peritonitis das Exsudat unter gewiessen Umständen wie ein Abscess behandelt und auf operativem Wege entfernt werden kann.

Von besonderem Interesse ist aber noch die wiederholte Vornahme der Operation und die bisher noch in keinem derartigen Falle vorgenommene Ausspülung der Abscesshöhle. RIEGEL.

205. Ueber Ischl und Reichenhall.

Von Dr. Meyer-Ahrens in Zürich. (Ergebnisse meiner balneolog. Reise 1870. Prager Vierteljahrschr. Bd. 111.)

Das Klima von Ischl bezeichnet M. A. als ein mildes, auffallend gleichmässiges, aber auch einigermassen feuchtes. Lungenkranke in minder vorgeschrittenen Stadien brauchen sich nicht vor plötzlichen Witterungssprüngen und rauhen Winden zu fürchten; Configuration des Terrain's lässt die Luft ungehindert durchziehen, so dass keine Stagnation, keine drückende Hitze eintritt.

Die Curmittel Ischl's bestehen in Sool-, Schwefel-, Molken-, Schlamm-, Malz-, Fichtennadel-, Nuss-, Eschenblätter — einfachen, kalten und Wellen-Bädern, Inhalation von Fichtennadel- — Sooldämpfen, dem innerlichen Gebrauche der muriatischen Maria-Luisenquelle, der Molke, des Kräutersaftes, importirten Mineralwässern. Zu den Soolbädern verwendet man $^2/_3$ Hallstädter und $^1/_3$ Ischler Soole und zwar in der Menge von $^1/_8$ bis 2 Eimer auf das Bad von 15 Eimern Süsswasser. Der Kochsalzgehalt der gemischten Soole beträgt 248,87, der Gehalt an festen Bestandtheilen 262,87 auf 1000 Theile. Die Soole wird durch Auslaugen aus dem Salzthongebirge gewonnen. Die innerlich verwendete Maria-Luisenquelle enthält auf 1000 Theile 10,204 Chlornatrium, 0,027 Jodnatrium, 0,203 Chlormagnesium, 0,425 schwefelsaures Natron und schwefelsaure Magnesia, im Ganzen 11,500 feste Bestandtheile. Von dieser Quelle trinkt man 1—3 Gläser zu 4—5 Uncen.

Die aus den Siedpfannen sich entwickelnden Dämpfe werden zu Sooldampfbädern verwendet. Was die Schwefelbäder betrifft, so werden sie mittelst des Wassers einer Schwefelquelle bereitet, die in einem der Gänge der Salzminen Ischl's entspringt und eine Temperatur von 13° C. hat. Sie enthält in 1000 Theilen 0,517 Chlornatrium, 0,160 schwefelsaures Natron, 0,961 feste Bestandtheile Man mischt dieses Schwefelwasser (eigenthümlicher Weise ist das wichtigste bei Schwefelwässern: der Gehalt an Schwefelwasserstoff nicht angegeben) entweder gewöhnlichem Wasser oder dem Soolbade bei.

In Reichenhall ist der landschaftliche Character ein anderer als in Ischl. Hier üppige Vegetation, lieblichere, dort ernstere Gebirgs-Gegend. Wie in Interlaken liegen die verschiedenen Cur- und Badean-

stalten Reichenhalls an einer von S. nach N. führenden Strasse. Reichenhall liegt in weitem prachtvollen Thale, das auf der Süd-, Ost- und Westseite von hohen Bergen eingeschlossen und nach Nordost offen ist. Die Mark'sche Apotheke in Reichenhall besitzt ein künstliches Wellenbad mit Doucheeinrichtungen, die Einrichtung zu Moorbädern, zum Einathmen verdichteter Luft, zerstäubter Soole und von Fichtennadeldampf.

Behufs der Inhalation findet man in diesem Etablissement in zwei Sälen fünf candelaberartige Zerstäubungsapparate nach Sales-Girons, zwischen denselben befindet sich ein mit zerschmetterten und zerklopften Fichtennadeln gefülltes Becken, durch welches man Wasserdampf strömen lässt. Der sehenswerthe Luftverdichtungsapparat besteht aus drei kreisrunden mit Sitzen und einem Tisch versehenen und für sich verschliessbaren Cabineten mit Raum für je 5 Personen. Die Milch ist trefflich und die Molke in Reichenhall ausgezeichnet. KISCH.

206. Die Salpetersäure im Brunnenwasser.

Von A. Wagner. (Zeitschrift für Biologie, VII. Bd., Heft 3, 316.)

Das Wasser der atmosphärischen Niederschläge nimmt aus der Luft Gase, aus dem Boden mineralische und organische Stoffe auf, dringt so weit ein, bis es auf eine wasserdichte Schichte gelangt, wo es sich als „Grundwasser" sammelt und sofort entweder als Quellwasser zu Tage tritt oder durch Pumpwerke als Brunnenwasser gefördert wird. Bei der Beurtheilung eines Trinkwassers kommt die Quantität, vor Allem aber auch die Qualität der gelösten Stoffe in Betracht.

Wasser, welches grössere Mengen von organischen Stoffen gelöst enthält, die aus einem Boden aufgenommen wurden, der mit Abfallstoffen und Excrementen seiner Bewohner imprägnirt ist, wird als Trinkwasser nicht zu verwenden sein.

Solche organische, stickstoffhaltige Substanzen liefern durch Fäulniss Ammoniak, und dieses geht durch Oxydation in Salpetersäure über; in jedem durch animalische Stoffe verunreinigten Wasser finden wir daher neben organischer Substanz auch deren Zerlegungsproducte, nämlich Ammoniak und Salpetersäure und man wird aus der Menge der vorhandenen Salpetersäure einen Schluss ziehen können, in welchem Grade das Wasser verunreinigt war; es ist demnach leicht einzusehen, dass die Bestimmung der Salpetersäure zur Beurtheilung der Brauchbarkeit eines Wassers von grösster Wichtigkeit ist.

Der Verfasser hat in Anbetracht des Umstandes, dass die bisher zur Bestimmung der Salpetersäure angewendeten Methoden bei gleichzeitiger Anwesenheit von organischen Stoffen entweder ungenaue Resultate liefern, oder sehr schwer auszuführen sind, einen neuen Weg angegeben. Ein Litre des zu untersuchenden Wassers wird durch

genügenden Zusatz von reinem kohlensauren Natron alkalisch gemacht, in eine Porzellanschale gegossen, zum Kochen erhitzt und tropfenweise eine Lösung von reinem übermangansaurem Kali zugesetzt, so dass die Flüssigkeit tief rosenroth gefärbt erscheint, hierauf auf dem Wasserbade bis zu einem Volumen von etwa 30 Cubikcentimeter eingedampft, wobei man von Zeit zu Zeit Lösung von übermangansaurem Kali zutröpfelt, so dass die Flüssigkeit immer deutlich roth gefärbt erscheint; bei dem Eindampfen oxydirt das übermangansaure Kali die organischen Stoffe zur Oxalsäure, man filtrirt von dem ausgeschiedenen kohlensauren Kalke und der kohlensauren Magnesia sowie vom Manganoxyde ab, versetzt das Filtrat mit Schwefelsäure zur sauren Reaction und neuerdings mit übermangansaurem Kali bis zur völligen Zerstörung der Oxalsäure, worauf wieder mit Soda alkalisch gemacht und vollkommen zur Trockene abgedampft wird. Im Abdampfrückstande ist die Salpetersäure als salpetersaures Salz enthalten. Aus diesem Rückstande wird die Salpetersäure bestimmt, indem man denselben mit Soda und Chromoxyd mischt und in einer Röhre glüht, während durch dieselbe ein Strom von Kohlensäure geleitet wird. Das Chromoxyd geht dabei nach folgender Gleichung in Chromsäure über:

$$Cr_2O_3 + 2NO_3H = {}_2CrO_3 + H_2O + 2NO$$

Die geschmolzene Masse lässt man erkalten, löst sie im Wasser und fällt die Chromsäure daraus, nachdem mit verdünnter Salpetersäure angesäuert wurde, mit salpetersaurem Quecksilberoxydul. Der Niederschlag von chromsaurem Quecksilber wird geglüht und das zurückbleibende Chromoxyd gewogen, aus dessen Menge auf die der vorhandenen Salpetersäure gerechnet werden kann.

Der Verfasser hat nach dieser Methode eine Anzahl von Brunnenwässern München's untersucht und gefunden, dass die grössere Zahl dieser Wässer zwischen 0·1 und 0·2 Grm. Salpetersäure im Litre enthalte; als Maximum ergab sich 0·31 Grm., als Minimum 0·057 Grm. Salpetersäure pr. Litre. Vergleicht man dagegen die analysirten Brunnenwässer von Dorpat, Berlin, Leipzig, Dresden, so ergibt sich, dass der Maximumgehalt an Salpetersäure für die Wässer dieser Städte grösser ist, als für München.

Der Salpetersäuregehalt variirt übrigens bei dem Wasser eines und desselben Brunnens im Verlaufe eines Jahres sehr bedeutend, was offenbar von dem Vorhandensein günstiger Umstände zur Salpetersäurebildung abhängt.

Um eine Vorstellung zu erlangen, wie sich die Menge der Salpetersäure zu den Quantitäten der andern gelösten Bestandtheile verhält, denkt man sich die Salpetersäure als salpetersaures Kali gelöst; es ergibt sich dann, dass in manchen Brunnenwässern der Gehalt an Salpeter 42·9%, 46·2% u. s. w. von dem Abdampfrückstande beträgt.

Wenn man das in einem Jahre in München als Trink- und Nutzwasser verwendete Wasserquantum zu 14.000 Millionen Litres veranschlagt und den mittleren Salpetergehalt des Münchner Brunnenwassers zu 0·2908 Grm. Salpeter per Litre annimmt, so ergibt sich, dass in dem verbrauchten Wasser 81424 Zollcentner Salpeter enthalten sind, aus denen man 108.568 Centner Schiesspulver fabriciren könnte.
E. LUDWIG.

207. Ueber den Ursprung des Indicans im Harn.

Von Max Jaffe. (Med. Centralbl. 1872. Nr. 1.)

Als vorläufige Mittheilung theilt Verf. mit, dass seine früher ausgesprochene Vermuthung, das Indican des Harns stamme aus dem Dünndarminhalt, nnd sei indirect Product der Parcreasverdauung, nun experimentell erwiesen werden konnte. KÜHNE hatte nämlich gezeigt, dass durch Parcreasverdauung Indol gebildet wird. Verf. spritzte nun solches Indol unter die Haut, und fand innerhalb 24 Stunden den Indicangehalt des Harnes vermehrt. Es ist also kein Zweifel, dass dieser Ueberschuss an Indican aus Indol entstanden ist, das durch Paarung mit einer zuckerartigen Substanz sich in Indican verwandelt.

Der grösste Theil des Indols der Verdauungsproducte geht mit den Faeces ab; wird dieser Abgang verhindert, so ist zu erwarten, dass eine grössere Menge desselben resorbirt wird und in den Harn übergeht. Diese Vermuthung bestätigte sich an einem tödtlich verlaufendem Falle von Ileus, in welchem Verf. „colossale Indicanmengen" im Urin vorfand.
Sigm. EXNER.

208. Untersuchungen über die anorganischen Bestandtheile des Blutes

von Adolf Jarisch, stud. med. (Med. Jahrb. 4. Heft 1871.)

Um genaue Kenntnisse über die Aschenbestandtheile des Blutes nach den neueren verbesserten chemischen Methoden zu gewinnen, wurden über Anregung des Prof. STRICKER im Laboratorium der Handelsacademie des Prof. Ernst LUDWIG vom Vf. Blutaschenanalysen ausgeführt.

Die zu untersuchenden Blutproben wurden im Laboratorium des Prof. STRICKER vom Hunde in der Weise gewonnen, dass das Blut in einem Literkolben von bekanntem Gewichte aufgefangen wurde, während er in einer Kältemischung stand. Durch die bedeutende Abkühlung des durch einen langschenkligen Canal aus der Carotis des Hundes in den enghalsigen Kolben geleiteten Blutes wurde die Wasserabgabe auf ein Minimum reducirt, und durch das Frieren dem Blute die Gerinnungsfähigkeit entzogen.

Das bei Zimmertemperatur aufgethaute Blut wurde mit Vorsicht zur Trockene abgedampft, der Rückstand verkohlt und um „jeden

Verlust“ (?) an Chlornatrium und Chlorkalium zu vermeiden, die befeuchtete Blutkohle mehrmals mit heissem Wasser digerirt, um die löslichen Salze von der Kohle zu trennen. Das Filtrat wurde mit der aus der Kohle erhaltenen Asche abgedampft und hierauf bei 120°C. bis zum constanten Gewichte getrocknet und gewogen.

Die so erhaltene Asche war zum Theil in Wasser, zum Theil in Salzsäure vollkommen löslich. Die wässerige Lösung, schwach alkalisch reagirend, enthielt, qualitativ bestimmt: Chlor, Schwefelsäure, Phosphorsäure, Eisenoxyd, Kalk, Magnesia, Kali und Natron; Kohlensäure und Lithion konnten nicht gefunden werden.

Die wässerige Lösung wurde in drei Theile von bekanntem Gewichte getheilt und zur quantitativen Bestimmung 1) von Chlor und Phosphorsäure, 2) von Schwefelsäure und 3) der Magnesia und der Alkalien benützt. — Der Gang der Analyse war der gewöhnliche; zur Bestimmung von Kalium und Natrium wurde aus der wässerigen Lösung mit Ammoniak die Magnesia als phosphorsaure Ammonmagnesia gefällt, aus dem Filtrat durch Chlorbaryum und Aetzbaryt, Schwefelsäure und Phosphorsäure abgeschieden, und die nach Abscheidung des überflüssigen Baryts mit kohlensaurem Ammon filtrirte Flüssigkeit zur Trockene abgedampft und vom Rückstand durch Glühen das Chlorammonium entfernt. Die in Lösung gebrachten Chloride wurden abgedampft, geglüht und gewogen. Aus dem Gesammtgewichte des Chlorkaliums und Chlornatriums ergab sich nach Abzug des als Kaliumplatinchlorid bestimmten Kalium, das Natrium.

Aus der salzsauren Lösung wurden die übrigen qualitativ ermittelten Aschenbestandtheile quantitativ bestimmt, indem zuerst durch Ammoniak, Eisenoxyd und Phosphorsäure gefällt, in der gewöhnlichen Weise von einander getrennt, der Kalk nach Fällung mit oxalsaurem Ammon als Aetzkalk gewogen, und die Magnesia als pyrophosphorsaure Magnesia gewogen wurden.

Die aus vier Analysen (drei von arteriellem, eine von venösem Blute) erhaltenen Resultate stimmen mit einander sehr gut überein.

Das arithmetische Mittel aus den vier Analysen weist für die Blutasche des Hundes folgenden Procentgehalt an den einzelnen Bestandtheilen nach:

Phosphorsäureanhydrid	12·32	Proc.
Schwefelsäureanhydrid	4·01	„
Chlor	31·43	„
Kali	3·83	„
Natron	42·01	„
Kalk	1·25	„
Magnesia	0·65	„
Eisenoxyd	8·34	„

Verfasser stellt die in Procenten berechneten Ergebnisse seiner Analysen mit den von F. Verdeil im Jahre 1849 im Laboratorium

von J. N. LIEBIG zu Giessen ausgeführten Blutaschenanalysen des Hundes zusammen und findet dabei, dass VERDEILS Resultate ausser dem angegebenen Nachweise von Kohlensäure auch in Bezug auf den Kali- und Natrongehalt differiren, während die übrigen Resultate ziemlich genau übereinstimmen. Gegenüber den Resultaten VERDEIL'S, die weniger Natron, dagegen circa viermal mehr Kali ausweisen, hält Vf. seine mit grosser Sorgfalt an der Hand der Spectralanalyse ausgeführten Kalibestimmungen für richtiger.

Ausserdem stellte Vf. eine Tabelle zusammen, in welcher die Procentgehalte des Blutes an den einzelnen Aschenbestandtheilen ersichtlich sind, deren arithm. Mittel folgende Procentgehalte des Blutes an Aschenbestandtheilen ausweist.

Phosphorsäureanhydrid	0·1103
Schwefelsäureanhydrid	0·0358
Chlor	0·2805
Kali	0·0342
Natron	0·3748
Kalk	0·0112
Magnesia	0·0058
Eisenoxyd	0·0948
Gesammtasche gefunden	0·8922
Gesammtasche berechnet	0·8640

Die gefundene Gesammtaschenmenge musste wegen der unvermeidlichen Fehler etwas zu hoch ausfallen. GUSSENBAUER.

III. Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäcologie.

209. Die intrabuccale Resection des Oberkiefers wegen eines Osteoid-Sarcoms.

Von E. Bottini. (Accademia di medicina di Torino nella seduta, 1870.)

Der Verfasser weist geschichtlich nach, wie es stets das Bestreben der Chirurgen war, bei der Resection des Oberkiefers die Hautschnitte möglichst zu verringern. Es springt dies am deutlichsten in die Augen, wenn man die 3fache Incision GENSOUL's mit der bogenförmigen von LANGENBECK vergleicht. Man fand den Beweggrund hiezu nicht nur in dem cosmetischen Resultate, sondern vor Allem in dem Umstande, dass die Hautincisionen für die Prognose erfahrungsgemäss (BOTTINI) bedenklicher sind, als die Verletzungen des Skeletes, und demgemäss das Nebensächliche (Hautincisionen) zur Hauptsache wird. Die Verstümmelung des Oberkieferknochens kann leicht durch künstliche Prothese ersetzt werden, während die Paralyse des Facialis und die Speichelfisteln nicht so leicht wieder schwinden.

Bottini räth darum die Resection des Oberkiefers auch bei Neugebilden vom Munde aus vorzunehmen. Sein Verfahren besteht aus drei Momenten. Zunächst wird mit dem Bistouri die Schleimhautfalte der Oberlippe ringsum getrennt und mit dem Elevatorinm (dissecatore periosteo) die Wangenweichtheile bis zu den Nasenbeinen und dem Ansatz des Jochbogens abgehoben. Darauf (2) wird durch einen Meissel unter Führung des l. Zeigefingers die Jochbeinnaht, sodann der untere Orbitalrand und der Nasenfortsatz des Oberkiefers schrittweise durchtrennt. Das Gaumendach wird mit einer Zange durchbissen. Der weiche Gaumen wird durch eine quere Incision abgelöst. Endlich (3) fasst man mit der Liston'schen Zange den Oberkiefer und dreht und windet ihn heraus.

Die Operation wurde in nicht ganz 4 Minuten ausgeführt an einer 23jährigen Frau, welche seit 6 Jahren an einer Geschwulst des l. Oberkiefers litt. Das linke Auge ist stark hervorgetrieben und nahezu unbeweglich. Die linke Wange ragt um 2 Cm. über die Nasenspitze, der l. Mundwinkel, der l. Nasenflügel sind nach links und aufwärts verschoben. Der l. Nasengang ist vollkommen undurchgängig. Die l. Gaumenplatte ist nahezu um 1 Cm. herabgedrückt. Die Frau wird 3 bis 4mal im Tage von sehr heftigem Gesichtsschmerz befallen.

Die Blutung bei der Operation war sehr unbedeutend und die Kranke war sehr schnell geheilt.

Die Geschwulst wurde der Academie vorgezeigt. Es war ein grosses Sarcom (Spindelzellen), welches von der Highmorshöhle ausgehend die vordere Wand derselben unter dem Foramen infraorbitale durchbrochen hatte. Menzel.

210. Ueber den angeborenen Klumpfuss.

Von Prof. Lücke. (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 16.)

Lücke spricht sich im Ganzen für die, schon von Hippokrates und Paräns vertheidigte Ansicht aus, dass der angeborene Klumpfuss in Folge einer Raumbeengung innerhalb der Gebärmutter zu Stande kommt, und erwähnt dabei eines eigenen und eines Volkmann'schen Falles, wobei an der höchsten Convexität des os cuboideum ein angebornes Hühnerauge sich vorfand. Aehnliche Druckschwielen sollen übrigens bei solchen Bildungstanomalien gar nicht selten sein.

Allerdings ist manchmal die fruchtbarste Menge auch bei vorhandenem Klumpfuss ziemlich beträchtlich, allein es bleibt dabei immer denkbar, dass in einer frühern Periode des Fötuslebens eine Raumbeengung da war, welche etwa später wieder nachliess, und Luecke meint, dass in diesen Fällen der Klumpfuss nicht so hochgradig sein dürfte. Ausserdem können auch andere Ursachen die Form des Uterus und den dem Embryo zu Gebote stehenden Raum beeinträchtigen.

Eine primäre Contractur der Muskeln unter dem Einflusse der Nerven scheint Luecke als aetiologisches Moment läugnen zu wollen.

eine Ansicht, der wir uns durchaus nicht anschlieschen können. Besonderes Gewicht legt der Autor auf die Combination des Klumpfusses mit der Deformität des Knie- und Hüftgelenkes. Der Unterschenkel pflegt, wie es allerdings beim Fötus die Regel ist, sehr stark nach einwärts rotirt zu sein, der Oberschenkel ist ebenfalls rotirt, und adducirt. Die Anomalien sind umsomehr wichtig, da von der Nichtberücksichtigung derselben bei der orthopädischen Behandlung wesentlich die häufigen Recidiven des Klumpfusses herzuleiten sind. LUECKE empfiehlt im Ganzen die Inangriffnahme dieses Uebels, da sowohl die Deformität als auch die Paralyse der Muskeln beim fernern Wachsthum des Kindes zunimmt, und zwar bedient er sich bei Klumpfüssen niedrigen Grades mit Verliebe der Heftpflasterverbände, welche häufig gewechselt werden müssen. Den Gypsverbänden wirft er vor, dass sie, wenn wirksam, immer bis über den Oberschenkel verlängert werden müssen, was wegen der Beschmutzung sehr unangenehm sei. Bei Deformitäten höheren Grades empfiehlt er die Tenotomie der Achillessehne vorauszuschicken, und bedient sich dann eines eigenen Apparates, der nach dem Principe der STROMEYER'schen Spitzfussmaschinen aus Blech construirt ist, wobei der continuirliche Zug durch elastische Bänder bewerkstelligt wird. Das Kniegelenk soll in gestreckter Stellung fixirt werden und die Hüfte durch einen elastischen Zug, welcher den Oberschenkel nach aussen zu ziehen strebt, ausgeschlossen, und es in Abductionsstellung gebracht werden. Wir können nur sagen, dass wir durch häufiges Wechseln des Gypsverbandes, nachdem der Fuss in der Chloroformnarcose gerichtet war, so schnelle Resultate erzielt haben, dass wir kaum Besseres von der LUECKE'schen Maschine erwarten können. CZERNY.

211. Neue rhinoplastische Methode des Aufbaues eingesunkener Nasen durch Unterpflanzung eines Stirnhautlappens.

Von Dr. von Mosengeil. (Archiv für klinische Chirurgie. XII. Band. 2. Heft. Pag. 731.)

Die Aufrichtung total eingesunkener Nasen wurde schon von DIEFFENBACH durch einen gedrehten Stirnlappen versucht, über welchen die beiden in der Mitte getrennten Nasenhälften vereinigt wurden. BUSCH in Bonn bediente sich statt der Drehung der Inversion des Stirnlappens, so dass die wunde Fläche nach Vorne sieht, und vernähte über der wunden Fläche die beiden seitlichen Nasenlappen. Das Mangeln des Septums wurde bei dem 18jährigen Mädchen, bei dem schon vorher ein durch Syphilis bedingter Defect des harten Gaumens beseitigt war, aus der Oberlippe ersetzt.

Die Heilung des Septums mit der Nase blieb aus, wesshalb sich die Nasenspitze sehr stark nach aufwärts zurückzog. Auch die Nasenlöcher scheinen ganz zugewachsen zu sein, indem sich die Patientin

auch des zweifelhaften Vortheiles erfreute, welche Travers seinen, von ihm neu gefertigten Nasen giebt („that the patient is not exposed to the liability of losing his nose by the solution of another mans posterior“). Beide Uebelstände dürften wohl in andern Fällen zu vermeiden sein, und die Methode kann in passenden Fällen immerhin brauchbar sein. CZERNY.

312. Lähmung des N. radialis nach Fracturen des Humerus.

Von Prof. Erichsen. (Lancet, 1871.)

Verf. bespricht drei Fälle, in welchen nach einfachen Fracturen des Humerus eine Lähmung der vom N. radialis versorgten Muskeln, der beiden Supinatoren und sämmtlicher Strecker der Hand und der Finger (Wrist-drop) zurückgeblieben war. Eine Verletzung des Nerv. rad. kann, seinem Verlaufe nach, gegeben sein durch eine Fractur der Diaphyse des Humerus oder durch Abbrechen des Condylus ext. humeri. Im ersten Falle steht der Arm im Handgelenke gebeugt, pronirt — Streckung und Supination ist vollkommen unmöglich; im zweiten Falle, wenn die Verletzung den Nerven nach Abgabe des Astes für den Supinator long. betroffen hat, ist Supination ausführbar. Alle drei Fälle wurden durch Electricität wesentlich gebessert, in einem Falle war Contractur der Flexoren eingetreten, welche die Tenotomie wünschenswerth erscheinen liess. Die Temperatur des kranken Armes war nachweisbar niedriger als die des gesunden. Zwei Fälle betrafen einfache, der dritte eine complicirte Fractur des Humerus. WINIWARTER.

213. Untersuchungen über Knorpelentzündung.

Von Leopold Hutob aus Charkow. (Medic. Jahrb. Jahrg. 1871. 3 Heft.)

Durch Untersuchungen verschiedenartig gereizter Knorpel des Frosches, Kaninchens und Hundes konnte Verf. nur zweimal (einmal am Frosche unter 35, einmal am Kaninchen unter 11 Fällen) eine entzündliche Wucherung der Knorpelzellen nachweisen.

Bei einer gelegentlichen Untersuchung der Knorpeln aus einem entzündeten menschlichen Kniegelenke (frisch nach einer Amputation) fand Verf. Wucherungsbilder der Knorpelzellen, wie sie allen denen bekannt sind, welche wiederholt Knorpel chronisch entzündeter menschlicher Gelenke untersucht haben. Die vom Verf. mitgetheilten Befunde bringen daher abermals eine Bestätigung der entzündlichen Wucherung der Knorpelzellen, wie sie von GOODSIR, REDFERN, VIRCHOW angegeben wurde.

(Uebrigens irrt Verf. in dem Glauben, dass seit REDFERN's Arbeit keine auf Entzündung bezüglichen Experimente am Knorpel vorgenommen worden seien. In einer in LANGENBECK's Archiv 12. Bnd, pag. 791

niedergelegten Arbeit hat Rf. nicht nur die Heilung von Knorpelwunden verfolgt, sondern auch hervorgehoben, dass durch intensive Knorpelreizungen die Beobactungen REDFERN's und die noch älteren von DOERNER von der Wucherung der Knorpelzellen leicht zu bestätigen seien, und nur wegen der völligen Uebereinstimmung mit REDFERN seine diesbezüglichen Versuchsergebnisse nicht ausführlicher mitgetheilt habe).

Die von Verf. wieder aufgenommenen Versuche, Farbstoff in den Kreislauf oder in die Wundcanäle einzutragen, haben meist negative Resultate ergeben. Nur in einem Falle fand Verf. Zinnober in der Knorpelsubstanz, in welcher aber eine Knorpelzellenwucherung nicht zu finden war.

Verf. stützt demnach die Anschauung derer, welche behaupten, dass man Körnchen des ins Blut eingespritzten Farbstoffes in der Regel nicht im Knorpel antreffe.

Der Arbeit sind Abbildungen von Knorpelzellenwucherungen beigegeben. GUSSENBAUER.

214. Zur Casuistik des Steinschnittes bei multiplen Blasensteinen und Recidiven derselben.

Von Professor Erichsen. (The Lancet. März 1871.)

1. Fall. Recidive eines Blasensteines bei einem Knaben. Der Steinschnitt zum zweitenmale ausgeführt. — R. M., 7 Jahre alt, wurde vor 3 Jahren mittelst des Seitensteinschnittes von einem Blasensteine befreit. Der Stein hatte eine rundliche Gestalt und war nicht facettirt, als Zeichen, dass zu dieser Zeit sich in der Blase nur ein einziger Stein befunden hat. Die Wunde heilte rasch bis auf den untern Wundwinkel zu; aus diesem aber kamen fortwährend einige Tropfen Harnes zum Vorschein, und derselbe wollte sich nicht schliessen. Drei Monate nach Verlauf der Operation bekam der Knabe abermals Harnbeschwerden, welche allmälig zunahmen, so dass sich Patient 3 Jahre nach gemachtem Steinschnitte wieder auf die Klinik aufnehmen lassen musste. Bei der Untersuchung mit der Sonde fand man schon im prostatischen Theile der Harnröhre einen Stein und an der untersten Stelle der durch den Seitensteinschnitt gesetzten Narbe eine kleine Oeffnung, aus welcher immerwährend Harn träufelte. — Dem Sitze des Steines entsprechend (im prostatischen Theile der Harnröhre) wollte Verfasser den Medianschnitt ausführen. Beim Einführen der Sonde aber glitt der Stein in die Blase zurück und war als ein leichter und rauher Stein frei in derselben zu fühlen. Der Verfasser führte alsdann den Seitensteinschnitt in der alten Narbe aus, indem er die Harnfistel erweiterte und entfernte einen bohnengrossen phosphatischen Stein. — Die Recidive betreffend führt Verfasser folgende Punkte an. Steine können sich wieder bilden: 1. Wenn dieselben constitutionellen Bedingungen, welche den ersten Stein erzeugten, noch fortdauern, der zweite

Stein muss aber alsdann dieselbe chemische Zusammensetzung haben, wie der erste Stein. 2. Wenn ein Fragment des früheren Steines nach einer Operation zurückgeblieben ist. Das Stück bildet dann jedesmal den Kern und die anderen Schichten sind secundäre (phosphate). 3. Wenn eine Pyelitis calculosa nachweisbar ist und dieselbe fortdauert. 4. Wenn ein Blasencatarrh längere Zeit fortdauert; dann sind die Steine weich und vorwaltend aus Erdphosphaten bestehend.

Dieser letztere Punkt ist nach Annahme des Verfassers auf den obenerwähnten Fall anwendbar, da der vor drei Jahren entfernte Stein ein harnsaurer war, während der soeben entfernte ein durchaus phosphatischer Stein ist. Die Bildung des letzteren lässt sich leicht aus der langen Dauer des Blasencatarrhes und aus der Incrustation des Fistelganges erklären.

2. Fall. Parese der Blase. Multiple und recidivirende Harnsteine bei einem Manne. Medianschnitt. Nierenkolik. Lithotripsie. Heilung.

J. D., Lehrer, 54 Jahre alt, hat schon vor 7 Jahren Nierensand mit seinem Harne entleert. Hierauf stellten sich Nierenschmerzen ein und auf eine alkalinische Therapie gingen in einem Zeitraume von 4 Jahren gegen 100 kleine Steinchen ab.

Jetzt sieht Patient leidend aus und klagt abermals über Harnbeschwerden. Der Harn enthält Eiter und Blut und zeigt sonst die Charaktere eines Blasencatarrhs. Bei der Untersuchung mit der Steinsonde findet man in der Blase eine grosse Anzahl kleiner Steinchen. Verfasser führte den 11. Juli den Medianschnitt aus und zwar eröffnete er nur den membranösen Theil der Harnröhre und drang hierauf, den prostatischen Theil und den Blasenhals mit dem Finger erweiternd in die Blase ein. Er entfernte mittelst des Steinlöffels ungefähr 50 harnsaure facettirte kleine Steine im Gewichte von 15 Drachmen. Die Wunde heilte gut, die Parese der Blase aber blieb zurück und Patient musste täglich katheterisirt werden.

Nachdem Patient hierauf entlassen worden war, stellte er sich schon im Monate December desselben Jahres abermals vor und gab an, an den alten Harnbeschwerden zu leiden. Bei Untersuchung der Blase fand der Verfasser wieder einen Stein, welchen er durch Lithotripsie entfernte. — In diesem Falle waren die Recidiven durch das wiederholte Herabsteigen von Steinchen aus dem Nierenbecken in die Blase bedingt. —

3. Fall. Multiple und gebrochene Steine bei einem Knaben. Seitensteinschnitt. Heilung.

F. W., 13 Jahre alt, wurde den 20. Juni aufgenommen. Patient leidet schon seit mehreren Jahren an Harnbeschwerden. Bei Untersuchung der Blase fand Verfasser mehrere rauhe Steine und führte desshalb 2 Tage später den seitlichen Steinschnitt aus. Verfasser entfernte einen glatten rundlichen Stein und mehrere unregelmässige

Fragmente, welche so aussahen, als wenn schon einmal ein Zertrümmerungsversuch gemacht worden wäre.

Um Letzteres befragt, läugnete aber Patient standhaft einen jeden früheren Eingriff in die Blase. Die Wunde heilte rasch und Patient wurde in einigen Wochen geheilt entlassen. Verfasser glaubt, dass in diesem Falle doch früher jedenfalls eine Zertrümmerung des Steines versucht worden ist, und dass der Patient dies läugne.

[Es ist durchaus nicht nothwendig, dass in diesem letzten Falle ein Zertrümmerungsversuch zur Erklärung der vorgefundenen spitzen Bruchstücke angenommen werden muss. Wie bekannt, kommt, wenn auch selten, sowohl eine spontane Selbstzertrümmerung der Harnsteine in der Blase vor (eine Zertrümmerung ohne Einwirkung chirurgischer Instrumente) als auch eine Zertrümmerung von Harnsteinen, wenn dieselben nur äusserlich mit einem soliden Instrumente (einem Catheter. einer Steinsonde) einige Male berührt werden.]

Bei der spontanen Selbstzertrümmerung zerklüften die Steine zumeist radiär und zwar in vom Centrum ausgehender strahliger Anordnung. Ist nun dieser Zerklüftungsprocess in einem Steine schon vorbereitet, so ist es einleuchtend, dass der letztere bei Berührung mit einer Metallsonde in seine Bruchstücke zerfallen kann. (In der Literatur sind mehrfach Fälle erwähnt, wo nach einmaligem Einführen von Untersuchungs-Instrumenten harnsaure Steine geborsten sind). Es gibt aber auch Steine, und zwar meistens harnsaure, welche nicht vom Centrum aus, radiär ihre Zerklüftung vorbereiten, sondern welche aus einem grösseren, soliden harnsauren Kerne, und aus einer mehr oder weniger mächtigen zweiten, ebenfalls harnsauren, auf dem Durchschnitte aber zahlreiche Sprünge darbietenden Schichte bestehen. — Ist z. B. der Kern von der Grösse einer Haselnuss aus Harnsäure bestehend und tritt während der Steinbildung ein Blasencatarrh auf, so wird sich auf diesem compacten harnsauren Steine eine Schichte von Erdphosphaten ablagern. Verschwindet nun wieder nach einiger Zeit der Blasencatarrh, so wird sich als dritte Schichte über den lockeren Erdphosphaten abermals eine compacte Schichte aus Harnsäure ablagern, und nach einiger Zeit können nun zwei mächtige harnsaure Schichten durch eine lockere Schichte von Erdphosphaten getrennt sein. Solche Steine geben oft im trockenen Zustande beim Schütteln derselben einen Schall, als wenn sie, ähnlich einer Steinfrucht, einen Kern enthielten. Solche Steine kommen in Sammlungen nicht selten vor und sind der Erfahrung nach sehr gebrechlich. Gleitet ein solcher Stein zufällig aus der Hand, so zerbricht die äussere Hülle in viele Fragmente, und nur der Kern bleibt ähnlich einem Fruchtkern ganz unversehrt. — In unserem Falle wäre es also ganz gut möglich, dass ein solcher gekapselter Stein ursprünglich vorhanden war, und dass bei der Untersuchung mit der Steinsonde die äussere Schichte, die Kapsel des Steines zertrümmert worden ist. Für diese Anschauung spricht der letzte Fall umsomehr, als zugleich mit

spitzigen und scharfkantigen Fragmenten ein ganz glatter, nicht grosser Stein entfernt wurde.

Wenn mehrere Steine zugleich vorhanden waren, warum ist der eine nicht auch eben so geborsten, wie alle die übrigen, da doch alle Steine gleiche Zusammensetzung hatten und gleichen Schädlichkeiten ausgesetzt waren?! — Auch spricht das scharfkantige Aussehen der Fragmente dafür, dass der Stein erst in allerletzter Zeit (vielleicht eben bei der Untersuchung) gebrochen ist, da es ja doch bekannt ist, dass sich die verschiedensten rauhen Körper in der Blase schon in einigen Tagen mit Erdphospaten zu abgerundeten Formen incrustiren.

ULTZMANN.

215. Ein fremder Körper in den Luftwegen.

Von O. W. Doe (Boston). (The Boston Medical and Surgical Journal, December 29, 1870.)

Einem 28 Monate alten kräftigem Mädchen gerieth eine mit einem Glasknopfe versehene, $1^{1}/_{2}$ Zoll lange Shawlnadel, während es dieselbe im Munde haltend mit dem Kopfe nach rückwärts fiel, in die Luftwege. Unmittelbar nach dem Unfalle untersuchte die auf das Schreien der Begleiterin des heftig hustenden Kindes herbeigeeilte Mutter den Schlund, konnte aber nichts finden. Ein herbeigerufener Arzt hielt es für wahrscheinlich, dass die Nadel in den Magen gelangt sei und empfahl Ruhe. Während eines nach mehrstündlicher Pause wieder erfolgten Hustenanfalles wurde ungefähr 1 Drachme arteriellen Blutes ausgehustet, worauf das Kind in tiefen Schlaf verfiel. In der Folge hatte das Kind, nachdem das am zweiten Tage eingetretene Fieber und die Erscheinungen des Laryngismus stridulus bis zum 5. Tage geschwunden waren, wiederholt Hustenanfälle, war aber in den Zwischenpausen anscheinend gesund. Am 12. Tage ergab die Thoraxuntersuchung ausgedehnten Katarrh der Lungen. Am 19. Tage stellten sich Convulsionen ein, am 21. wurde eine 4 Zoll lange Membran ausgehustet und am 22. war in der rechten Lunge bronchiales Athmen wahrzunehmen, so dass Verf. in Berücksichtigung der übrigen schweren Erscheinungen den Tod des Kindes für wahrscheinlich hielt.

Aber am 23. Tage hatte sich der Zustand des Kindes gegen Erwarten gebessert, das bronchiale Athmen war nicht mehr wahrzunehmen.

In einer hierauf gepflogenen Consultation wurde beschlossen, behufs der Extraction der Nadel die Tracheotomie zu machen.

Nach der in der Narcose ausgeführten Tracheotomie wurde mit einer schmalen gekrümmten Zange und dem eingeführten Finger nach der Nadel gesucht, sie konnte aber nicht gefunden werden. Während eines durch die energische Untersuchung bedingten Hustenanfalles aber drängte sich die Nadel mit dem Kopfe gegen die Wunde und konnte

extrahirt werden. 4 Tage nach der Operation war die Trachealwunde und 10 Tage hierauf die der äusseren vernarbt und das Kind genesen.

Anschliessend an die Mittheilung dieses Falles erwähnt Verf. noch 5 anderer Fälle aus englischen und amerikanischen Journalen, in denen ebenfalls behufs Extraction von Nadeln die Tracheotomie gemacht wurde und Heilung erfolgte. GUSSENBAUER.

216. Ueber den Befund miliarer Knötchen in fungösen Gelenken und dessen klinische Bedeutung.

Von Prof. König zu Rostock. (Berl. klinische Wochenschr. Nr. 20. 1871.)

Verf. beschreibt 6 Fälle von chronischer Gelenkentzündung, welche theils durch Resection, theils durch Amputation behandelt wurden. In allen fanden sich miliare Knötchen bald in der Synovialis selbst, bald an deren fungösen Wucherungen. K. glaubt nun aus dem klinischen Verlaufe der oberwähnten Fälle schliessen zu dürfen, dass die miliaren Granulationen in der Synovialis selbst den Ausgang geben können für eine allgemeine tuberculöse Infection, während die Granulationen in den fungösen Excrescenzen nur von localer Bedeutung zu sein scheinen.

Für die Fälle der ersteren Categorie wäre nur die Amputation zulässig, jene der zweiten Gruppe eignen sich nur dann noch zur Resection, wenn eine vollständige Excision des Erkrankten möglich erscheint. Wäre diese nicht möglich, so wäre eine Heilung kaum zu erwarten und die Amputation vorzuziehen. MENZEL.

217. Eine Blefaroplastik nach einer neuen Methode.

Von Dr. Gradenigo, Primararzt in Venedig. (Giornale Veneto di scienze mediche serie VIII, tomo XIV. Febbrajo e Marzo 1871.)

GRADENIGO hatte einen Lagofthalmus zu behandeln, welcher die Folge der vor 2 Jahren vorgenommen Exstirpation eines Carcinoms der Augenbrauengegend war. Vom oberen Augenlide war nur ein Knötchen am innern Winkel erhalten. Dieses Knötchen gehorchte jedoch dem Einflusse des levator palpebrae. Der Rest des ob. Augenlides war bis zum fornix conjunctivae hin fehlend. Das untere Augenlid war ectropionirt. Die ganze Umgegend des obern Lides war in Narbe ungewandelt, daher eine Lappenbildung unmöglich.

G. frischte den kleinen Rest des obern und den Rand des ganzen unteren Augenlides an, und vernähte beide bis auf eine kleine Stelle am äussern Winkel, welche zum Abfluss der Thränen offen gelassen wurde.

Die Heilung erfolgte per primam. Nach 24 Tagen wurde diese künstliche Lid-Phimose operirt, indem sie schief von oben und innen nach unten und aussen gespalten wurde und die Conjunctiva mit der Haut an den neuen Rändern vernäht wurde.

Der Erfolg war ein ganz überaus glänzender, indem gar keine Entstellung und vollkommene Functionsfähigkeit beider Lider zurückblieb.

In ebendemselben Monatsberichte findet sich ein Fall erwähnt, wo nach der Extraction eines Sequesters des oberen Orbitaldaches (mit impressiones digitatae) eine länger dauernde Epilepsie vollkommen und sogleich geheilt wurde.

Endlich wird über einen Fall von ausgedehnter Teleangiectasie des obern Augenlides, der Nase und Wange berichtet, welche durch tägliches Bestreichen mit einer sehr concentrirten Lösung von ferrum sesquichloratum in Collodium geheilt wurde. Menzel.

218. Ueber die Innenfläche des Uterus post partum.

Von Dr. Carl Friedländer. (Jahresbericht der schles. Ges. f. vaterl. Cultur 1870.)

Die für den Praktiker wie für den Histologen in hohem Grade interessanten Verhältnisse, welche der Uterus post partum darbietet, sind bisher nur sehr ungenügend festgestellt worden; insbesondere fehlt eine zuverlässige microscopische Untersuchung derselben vollständig. Um dieselben genauer zu studiren, untersuchte F. zunächst die Decidua in späteren Epochen der Gravidität und fand dieselbe folgendermassen zusammengesetzt: Der innere, an das Chorion angrenzende Theil derselben stellt ein grosszelliges Bindegewebe mit wenig Zwischensubstanz dar; dagegen finden sich in der äusseren, der Muscularis aufsitzenden Partie die plattgedrückten, aber häufig sehr verbreiterten Enden der Utriculardrüsen des Uterus, welche ein plattes, seltener cylindrisches Epithel tragen; ausserdem ein weniger zellenreiches, fibrilläres Bindegewebe.

Bei der Untersuchung der mit den Eihäuten ausgestossenen Decidua findet sich nun lediglich die zuerst beschriebene innere Partie derselben vor; man muss in Folge dessen annehmen, dass die Drüsenschicht der Decidua auch nach der Geburt im Uterus verbleibt. Die Richtigkeit dieser Annahme wurde durch die Untersuchung eines Uterus, welcher frisch post partum in sehr wohlerhaltenem Zustande gewonnen wurde, vollständig bestätiget. Es fand sich nämlich keineswegs, wie man es nach der Beschreibung vieler Autoren (Cruveilhier, Koelliker, Heschl u. a.) erwarten sollte, die muscularis uteri nackt oder nur von einigen unzusammenhängenden Fetzen bedeckt, sondern es fand sich über derselben eine 2 mm. dicke Decidualschicht, welche die ganze Drüsenlage und einen Theil des darüber liegenden grosszelligen Bindegewebes enthielt.

Mit Ausnahme der offenen Gefässlumina sind die Verhältnisse an der Placentarstelle genau dieselben, wie an der übrigen Uterusinnenfläche; auch hier liegt die Drüsenschicht unter derjenigen Partie, welche mit der Placenta als graues, die Uterinfläche derselben bekleidendes Häutchen ausgestossen wird.

Man ist nun jedenfalls berechtigt, diese zurückbleibende Decidualschicht mit ihren zahlreichen epithelialen Elementen als die Grundlage für die Reconstruction der Uterusschleimhaut anzusehen. Wie sich die feineren Verhältnisse bei diesem Vorgange gestalten, kann F. noch nicht mit Sicherheit angeben; jedenfalls ist die Regeneration der Schleimhaut schon in den ersten vier Wochen nach der Entbindung ziemlich vollendet; dagegen dauert es sehr viel länger, bis die vasculären Neubildungen an der Placentarstelle sich vollständig zurückbilden. Dieselben werden zunächst thrombosirt, dann organisiren sich die Thromben in höchst eigenthümlich gewundenen Figuren und persistiren in diesem Zustande oft ein halbes Jahr und länger. FUNK.

219. Die Uterusnaht bei der Sectio caesarea.

Von Dr. C. Rodenstein. (American Journ. of obstetrics 1871. Febr.

Verf. wählte das Capitel der Sectio caesarea zum Gegenstande einer besonderen Studie, und sammelte zu diesem Zwecke über vierhundert Fälle von Kaiserschnitt, welche seit dem Beginne dieses Jahrhunderts ausgeführt wurden. Es ergab sich hiebei eine Mortalität der Mütter von ungefähr 43%. In sieben Fällen wurde eine Uterusnaht angelegt, und von diesen hatten vier einen günstigen Ausgang. (Sein eigener Fall, wie die meisten der hieher gehörigen ein desperater, endete ungünstig.) Obzwar nun schon im Jahre 1769 von LEBAS DE MOUILLERON ein Kaiserschnitt in dieser Weise ausgeführt wurde, und LAUVERJAT diese Methode warm empfohlen hatte, scheinen doch die Wenigsten eine Kenntniss von diesem Factum zu haben; denn als im Jahre 1863 SPENCER WELLS in der geburtshilflichen Gesellschaft zu London die Uterusnaht bei der Sectio caesarea empfahl, wurde dieser Vorschlag einstimmig zurückgewiesen; und aus der sich hiebei entsponnenen Discussion konnte man entnehmen, dass keinem der Mitglieder dieser gelehrten Gesellschaft der Umstand bekannt war, dass dieser Vorschlag auf dem Continente bereits gemacht und auch discutirt wurde.

Die Schlussfolgerungen, zu denen Verf. in seiner Studie gelangt, sind folgende:

1. Das Einführen der Nähte ist indicirt, wenn die Uteruswunde sich nicht durch die Muskelcontraction schliesst.

2. Der Verschluss der Uteruswunde durch die Naht stört keinesfalls den Erfolg der Operation.

3. Wenn in jedem Falle von Kaiserschnitt ausgeführt, dürfte sich das diesbezügliche Mortalitätspercent verringern. FUNK.

220. Beitrag zur Morphologie der weiblichen Milchdrüse.

Von Prof. C. Hennig. — Archiv f. Gynaecol. II. B. III. Heft. 1871.

V. stellt vor Allem die Behauptung auf, dass eine auffallend grössere Zahl von Erkrankungen, namentlich an Krebs, die weibliche

rechte Milchdrüse befalle und beweist dies mit Hilfe einer angeführten Tabelle über 1425 Fälle, darunter 799 Carcinome. Meist fänden wir bei feingebauten, mit zarter Haut versehenen und bei exponirten Organen, als Muttermund, Lippe, Nase — diese Affection; für das häufigere rechtsseitige Vorkommen an der Mamma jedoch gibt der von E. WEBER gelieferte Nachweis der grösseren Hervorwölbung des rechten Thorax und die Rechtsgewohnheit der Menschen, wodurch die Muskeln dieser Seite und mit ihnen die daraufliegende Mamma mehr angestrengt werden, eine genügende Erklärung.

Für Mastitis gilt das nämliche; zudem ist es bekannt, dass der Säugling (weil er gewöhnlich auf seine linke Seite gelegt, also seine Leber an deren Anheftungspunkten gezerrt wird) manchmal nicht gerne an der rechten Brust trinkt, daher die Milchstasen. Desshalb der Rath von MEISSNER, das Kind durch den Arm der Mutter zu stecken, wobei es auf der rechten Seite gelagert, säugt.

An der Hand von zahlreichen Messungen fand Verf., dass die rechte Drüse besonders bei Stillenden grösser sei; genaue Wägungen ausgeschälter Drüsen bestätigten diesen Befund. Schwangerschaft, besonders die erste entwickelt den Warzenhof und das Gewicht der Mamma am bedeutendsten, das letzte ist d a u e r n d am grössten bei Stillenden acht Wochen nach der ersten Geburt. —

Die halbkugelige Form findet man bei Jungfrauen am genauesten — bei Deflorirten erhebt sich vorzugsweise der Dickendurchmesser, bei Dirnen der Breitendurchmesser; Frauen erreichen jedoch nach mehreren Wochenbetten die höchsten Werthe, Witwen haben entschieden kleine Drüsen, doch ist hier die Fettentwickelung verhältnissmässig sehr bedeutend.

Selten zeigt die Brustdrüse die völlige Sphäroidgestalt, meist waren drei Zipfel zu unterscheiden, wovon die obere, äussere hart an die zugehörigen Achsellymphdrüsen stösst, und von den Wöchnerinen die b e k a n n t e A n s c h w e l l u n g u n t e r d e m A r m e empfunden wird. Dieser Zipfel kann insoferne von Bedeutung sein, als er bei Exstirpationen der Mamma leicht zurückgelassen wird und zu weiteren Recidiven prädisponirt (als L y m p h d r ü s e n c a r c i n o m aufgefasst. Ref).

In Bezug auf die Pathologie der Milchdrüse führt Verfasser mehrere Fälle verschiedener Affectionen derselben vor, darunter einen bei der Obduction nachgewiesenen Fall von Gumma, das zwischen den Milchgängen vorgefunden wurde. Auch macht Verf. anf eine hin und wieder beobachtete Beziehung der Geschlechtstheile zu der Parotis aufmerksam, indem zuweilen der Mastitis eine Parotitis vorausgeht.

WELPONER.

IV. Ophthalmologie, Otiatrik, Dermatologie.

221. Ueber hereditäre und congenital angelegte Sehnervenleiden.

Von Th. Leber. (Arch. f. Ophth. 17, 2, 249—291. a. 1871.)
(Fortsetzung und Schluss von Nr. 162.)

Zweite Familie. Der Vater hat gesunde Augen, die Mutter leidet an Kopfkolik und beginnender Cataract. Von 6 Geschwistern wurden drei, 2 Brüder und 1 Schwester, von dem Sehnervenleiden ergriffen, aber alle wieder hergestellt.

4 Friedrich B., der älteste Bruder, jetzt 30 Jahre alt, Gürtler, wurde im 17. Jahre von einer Sehstörung befallen, die in wenigen Wochen ihm das Sehen, aber nicht das Umhergehen unmöglich machte. Das Journal der Gräfe'schen Klinik vom 10. März 1857 besagt: „Hochgradige Amblyopie ohne Befund, extraoculäre Ursache; probatorisch Heurteloup.“ Die Behandlung blieb ohne Erfolg, während bei Landaufenthalt, Gebrauch von Bitterwasser und Schröpfköpfen sein Augenleiden vollständig zurückging. Patient leidet an Anfällen von Flimmern mit Kopfschmerzen, seit 5 Jahren auch an epileptischen Insulten. 11. Mai 1870 R. N 3, L. N 1. Gf. und Farbensinn normal. Bläulich weisse Färbung der Papillen, Arterien eng.

5. Frl. Emma B., 28 Jahre alt, die zweite Schwester, litt öfters an Kopfschmerzen, besonders Anfangs Febr. 1870. Nach 14 Tagen entwickelte sich innerhalb nur 5 Tagen eine bds. vollständige Erblindung. 18. Februar 1870 R. Keine quantitative Lichtempfindung, L. Finger in 2', hochgradige Gf. Beschränkung nach innen. Bds. leichte Neuroretinitis, auf der rechten Papilla einige kleine Blutungen. Leichter Stirnkopfschmerz. Urin ohne Eiweiss, Menstruation regelmässig. Bei Blutegeln, Senna, Fussbädern vorübergehende Besserung. Am 21. Februar Verschlechterung, Beweglichkeit beider Augen nach aussen verringert. Calomel und vom 23. März ab Inunctionscur mit Heurteloups. Am 25./2. auch l. nur quantitative Lichtempfindung. Seit Beginn der Salivation Besserung. Am 3. März bds. Finger auf einige Fuss und die Trübung der Papille fast geschwunden. Am 5. März Worte von 15. und 16., Gf. frei, keine Scotome, aber Farbenblindheit im ganzen Gf. Am 18. März bds. N 7., am 23. März N 3 mit Schwankungen. Im April N 1. Bei Landaufenthalt und tonischer Behandlung Verschlimmerung (18. Juni bds. N 16). Bei Blutentziehung und Jodkali nur geringe, bei Chinin rasche Besserung — bis auf N 1. Am 21. September bds. weisse Verfärbung der temporalen Hälfte der Papille. 11. Jänner 1871 bds. N 1. Gf. und Farbensinn normal, die ganze Papille weiss. Anfangs Mai derselbe Zustand.

6. Der dritte Bruder, Hermann B., 19 Jahre, Gymnasiast, litt von Jugend auf an Kopfschmerz mit Erbrechen und Flimmern; in

letzter Zeit an Schwindel beim Gehen. Die Sehstörung begann mit Flimmern April 1870. 23. April r. Nr. CC in 14', N 6 mühsam; l. Finger in 7', N 16. Bds. centrale Scotome, starke Hyperämie der Retinalgefässe und leichte Trübung der Papillengrenze. Heurteloup und Senna, später Frictionscur, wobei Verschlimmerung, r. N 11, l. N 13. Bis Ende October blieb S. gleich, während die Papille sich entfärbte. Anfang Januar noch Farbenblindheit; Eisen, Sublimat, römische Bäder, Chinin, Argent. nitric., sowie subcut. Strychnin-Injection vergeblich. Dagegen trat bei der Galvanisation des Sympathicus erhebliche Besserung ein, r. N 1, l. N 12. Und so blieb es bis August 1871.

Dritte Familie. Eltern gesund, eine Tochter und ein Sohn erkrankt, zwei andere Töchter gesund.

7. Frau Pauline P., 27 Jahr, kam am 2. Juli 1867 in die GRÄFE'sche Klinik mit der Klage, dass ihr rechtes Auge seit Weihnachten blind, ihr linkes seit Pfingsten schwächer sei. R. nur Bewegungen der Hand, Papille in der temporalen Hälfte blass; Strabism. diverg. L. N 10, Gf. frei, Papille normal. Nach 2 Tagen l. nur Finger in 3—4': Papille geröthet, Gefässe ausgedehnt und geschlängelt. Probatorische Blutentziehung, dann Eisen. R. Stat. id. L. Finger in 5'. Gf. Peripherie frei, centrales Scotom. R. ist jetzt die temporale Hälfte der Papille entschieden, l. leicht entfärbt. Am 9. November l. Finger in $1/2$', Papille weiss.

8. Alexander K., 23; Bruder der vorigen, schon 1865 unter der Diagnose „Atrophia n. opt." in der GRAEFE'schen Klinik behandelt.

25. September 1867 erhob Dr. HIRSCHBERG folgenden Befund: R + 6 Buchstaben von N 16, L. 17. Bd. grosse centrale Scotome, auf welche eine ringförmige Zone relativ normalen Gf. folgt, während der peripherische Theil des Gf. wieder Defect ist. Atroph. und opt.

IV. Familie: Centrale Scotome in Folge retrobulbaerer Neuritis, Erblichkeit in collateraler Linie.

9. Herr Sch. wurde im 16. Jahre von Sehstörung befallen, die 14 Tage lang progressiv war, dann stationär blieb und sich als centrales Scotom enthüllte. Papilla bleich, N 14. Mutter gesund, die 2 Brüder von ihr wurden in dem nämlichen Alter von der nämlichen Sehstörung befallen. (EWERS.)

Es handelt sich also in diesen (18) Fällen von hereditärer Amaurose um Neuritis (retrobulbaris s. intraocularis) mit Ausgang in partielle oder totale Sehnervenatrophie. Die Sehstörung tritt plötzlich auf, als centrales Scotom, nimmt 2—4 Wochen (und länger) zu. Ausnahmsweise wird auch die Peripherie des Gf. betheiligt — selbst bis zur vollständigen Erblindung; während in den günstigen Fällen die Scotome völlig zurückgingen. Farbenblindheit besteht regelmässig; Abends und bei bedecktem Himmel sehen die Patienten besser; subjective Lichterscheinungen, starke Schwankungen im Sehvermögen wurden in einigen

Fällen beobachtet. Allemal waren beide Augen ergriffen, jedoch nicht gleichzeitig hochgradig. Der Augenspiegel zeigt leichte Trübung der Papille und Hyperaemie der Gefässe, oder selbst deutliche Neuroretinitis, häufig auch weisse Streifen längs der Gefässe oder Exsudatflecke auf der Papille; im späteren Stadium weisse oder bläulichweisse Verfärbung der Papille, die ganz unabhängig ist vom Stande des Sehvermögens und stetig fortschreitet.

In 2 der Familien bestand directe Erblichkeit, in 2 anderen nur angeborene Anlage, d. h. Befallenwerden mehrerer Geschwister. Zum Ausbruch kam die Krankheit im Alter von 15—28 Jahren. Die meisten der Individuen sind neuropathisch.

Der Ausgang ist nicht immer ungünstig, Heilung kommt in einigen Fällen vor und in der Mehrzahl bleibt doch nur leichte Amblyopie; die Malignität der Leidens ist in den einzelnen Familien verschieden. In therapeutischer Hinsicht scheinen Inunctionscur und constanter Strom empfehlenswerth. Hirschberg.

221. Beobachtungen über neuropathisches Hautpapillom.

Von Prof. C. Gerhardt. (Jahrbuch für Heilkunde. Leipzig. 3. Heft 1872.)

Als Beitrag zu den in der Literatur bereits mannigfach verzeichneten Fällen von Papillomen an der allgemeinen Decke, die in grösseren Strecken gewissen Nervenbezirken folgen sollen, hat der Verfasser zwei von ihm beobachtete Fälle mitgetheilt.

B. 6jähriges Kind gesunder Eltern. Von sämmtlichen Verwandten ist nur ein Bruder des Vaters mit Epilepsie, dann Geisteskrankheit und nach deren Heilung wieder mit Epilepsie behaftet gewesen. Die Kranke kam mit einem Muttermale zur Welt, das anfangs von dem Hausarzte für ein Zeichen syphilitisher Erkrankung gehalten und 6 Wochen lang mercuriell behandelt wurde. Später wurde der Irrthum von Seite des Arztes offen zugestanden, die Neubildung an der Haut soll heute noch in gleichem Umfange bestehen, wie unmittelbar nach der Geburt.

Das Kind ist auffallend wohlgenährt und zeigt an der rechten Brusthälfte und von da bis zum Nabel hinabreichend, vorne durch die Brustbeinmitte und linea alba, hinten durch die Dornfortsätze der Wirbelsäule begrenzt, eine Menge längs der Intercostalräume angeordneter Papillome: es sind erhabene, derb anzufühlende, vielspitzige oder auch flache Hautgeschwülste, die theils röther als die Haut, theils auch gegen den Nabel zu schwärzlich pigmentirt sind. Die gleiche Veränderung findet sich in massenhaften Gruppen längs des ganzen rechten Oberarmes und längs der Radialseite des Vorderarmes bis zum Handgelenke hin. Im Gesichte zeigt die linke Hälfte der Nase genau bis zur Mitellinie einen Längsstreif sehr stark papillomartig wuchernder Hautschwellung, ferner ein thalergosser, papillomatös gewucherter Fleck hinter dem linken Ohre. Mit dem Alter von 3 Jahren stellten sich zuerst epileptische Anfälle ein. Die rechte Gesichtshälfte des Kindes zeigt eine auffallend rothe Färbung und ist in Folge von Capillarerweiterungen geradezu roth punctirt. Die Anfälle sollen jedesmal mit auffälligem Erblassen dieser sonst gerötheten und selbst wärmer anzufühlenden Gesichtshälfte beginnen.

Die Intelligenz ist eine äusserst geringe, das Sprachvermögen nur angedeutet. Auf der linken (also hautkranken) Seite sind mehrere Zähne

des Unterkiefers und Oberkiefers kleiner, als die entsprechenden rechtsseitigen, und unregelmässig gebaut. Auch ausserhalb der Anfälle geht die Kranke oft mit rückwärts gebeugtem Kopfe, zeigt auffällige Muskelunruhe, und versetzt namentlich durch rasches Klettern auf Tische, Fensterrahmen etc. ihre Umgebung fortwährend in Angst. Häufig, aber nur bei Nacht, unbewusster Harnabgang.

II. F. K. 61 Jahre alt, stellte sich im Februar 1870 in der Klinik vor wegen Schmerzen in der rechten Achselhöhle, die ihm eine seit der Geburt bestehende Hautkrankheit erst neuerdings zu verursachen begann. Seine Eltern sowohl als 7 Geschwister sind frei von angebornen Krankheiten. Er selbst kam zur Welt mit einem Hautausschlage, der von seinen Angehörigen als Muttermal aufgefasst wurde. Es sind dies theils ganz flache, theils eben fühlbar erhabene, theils zotten- und hügelförmig vorragende Flecke von Groschen- bis Thalergrösse, meist von länglicher, theilweise von kreisrunder Form, an einzelnen Stellen zu grösseren Erkrankungsflächen zusammenfliessend. Die Farbe ist bei den blassesten etwa das Hellbraungelb einer Pithyriasis versicolor und steigert sich von da bis zu dunkelbraunschwarz. Gesicht und Hals sind frei; von dem übrigen Körper ist ziemlich genau nur die rechte Hälfte befallen. In der Achselhöhle, hie und da auch am Rücken, andeutungsweise am Elbogen finden sich zahlreiche, am ersten Orte bis 2 Ctm. lange und dicht beisammenstehende, kegel- und beutelförmige Auswüchse, die stark pigmentirt sind, sich weich anfühlen, ganz ähnlich den Molluscum-Beuteln, beim Abschneiden mässig blutend.

Der Kranke gibt an, dass etwa alle 4 Wochen ein zeitweiliges starkes Nässen, verbunden mit Jucken in der Achselhöhle, sich einstelle; dies veranlasste den Patienten, in Behandlung zu treten.

Die genauere Untersuchung der exstirpirten Geschwülstchen durch W. Müller ergab:

„Die Hautgeschwülste besitzen das Volum einer Erbse, die Oberfläche durch zahlreiche Papillen himbeerartig uneben und bräunlich gefärbt.

Die microscopische Untersuchung ergibt, dass an den Geschwulstbildungen die Cutis und das überziehende Epithel sich betheiligen. Erstere zeigt die gewöhnliche Beschaffenheit des Corium, von welcher sie nur durch stellenweise grösseren Reichthum an Lymphkörpern zwischen den etwas aufgelockerten Bindegewebsfibrillen sich unterscheidet. Die Arterienzweige sind verhältnissmässig dick: die Scheiden der kleinsten Arterien hie und da von mässig weiten Lücken in der Bindesubstanz (erweiterten Lymphgefässen?) durchsetzt. Gegen die Oberfläche verlängert sich die Cutis zu theils kolbigen, theils fingerförmigen, zwischen 0.5 und 1 nur in der Länge wechselnden Papillen. Diese Papillen werden überzogen von einer Lage senkrecht aufsitzender, cylindrischer Zellen. Sie gleichen den cylindrischen Zellen der untersten Schicht des Rete Malpighi, zeichnen sich aber vor denselben durch grosse Massen an braungelbem Pigment im Protoplasmakörper aus. An sie schliessen sich abgeplattete Zellen mit hyalinem Inhalt an, zum Theil deutlich geriffelt, um an der Oberfläche einer dünnen Lage deutlich verhornter Zellen Platz zu machen."

Das Uebereinstimmende in beiden Fällen wäre somit das Angeborensein der Neubildung und das Einhalten des Verlaufes gewisser Nervenbezirke. Abweichend von einander ist ihr Formations-Verhalten — condylomartige Wucherung im ersten Falle und beutelförmige Neubildung im zweiten Falle, wie auch demnach ihre histolog. Beschaffenheit eine verschiedene sein müsste.

[Einen in Bezug des neuropath. Verhaltens von Hautpapillom analogen Fall, wie ihn Ref. jüngst auf der hiesigen (Wiener) dermatolog. Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte, will ich wegen des relativ seltenen Vorkommens noch in Kürze mittheilen.

Patient, ein 26jähriger, ziemlich gut genährter Webergeselle aus Böhmen, wurde uns wegen seines Hautleidens nach einer auf der medic. Klinik überstandenen Gesichtsrose übergeben. Aus der Anamnese erfuhren wir, dass derselbe frei zon jeder Affection geboren wurde und die ersten Spuren seines gegenwärtigen Hautleidens in der Jugend (14. Jahr) will beobachtet haben. Etwa ein halbes Jahr vorher soll er in Folge eines heftigen Rippenstosses an Periostitis und Necrose mit Abgehen mehrerer Knochenstückchen in der 6.—8. Rippe rechterseits gelitten haben. Gegenwärtig hat Patient an der betreffenden Seite in der Axillarlinie eine dunkel-pigmentirte, narbig eingezogene Stelle. Wählen wir diesen Ort als Ausgangspunkt, so sehen wir bis $1\frac{1}{2}''$ nach einwärts gegen den Sternal-Rand hin und dann nach oben und unten kreissegmentförmig bis in verschiedene Distanz gegen die Wirbelsäule hin eine sich erstreckende drüsige, excrescenzenähnliche, öfter wie aus einem Stocke in mehrere Spitzen sich theilende papilläre Wucherung. Die nach unten vom Nerv. cutan. abdom. later. sind schmutzig, dunkler pigmentirt, nehmen grössere Bogen ein, während die nach oben befindlichen, von grösseren Unregelmässigkeiten unterbrochen, doch augenscheinlich den Nerv. cutan. pector. lateral. folgend, bis circa die 2. Rippe reichen und von hier, auf den rechten Oberarm übergreifend, in der Richtung des Nerv. cutan. brachii intern. bis zum Elbogengelenke reichen.

Es soll dies somit einer der wenigen in der Literatur bereits erwähnten Fälle sein, wo ähnliche Affectionen an der Haut nicht angeboren, sondern auf Veranlassung äusserer Schädlichkeiten entstanden, dem Nervenverlaufe entsprechend sich gebildet haben. Eine Excision derselben hat Patient verweigert, weswegen auch die microscopische Untersuchung unterbleiben musste. Ref.] GEBER.

222. Ueber den Rückfall der Scarlatina.

Von Dr. M. Langler. (Gazette Hebdomad. Nr. 34. 1871.)

Dr. L. definirt den Rückfall (rechute) als eine Recidive, welche eintritt, bevor die 1. Eruption vollständig abgelaufen ist.

Er hat zwei solche Fälle beobachtet: 1. Bei einem 25 Jahre alten Manne, am 4. März leichte Angina, einige Stunden später masernähnliches Exanthem (Morbilleuse), nach 3 Tagen vollständiges Wohlbefinden.

In der Nacht vom 19. auf den 20. März heftiges Fieber, auf welches die Eruption einer gut characterisirten Scarlatina folgte, die zum Tode führte.

2. Bei einem 7 Jahre alten Knaben tritt, wie der Autor sagt, ein gut characterisirter Scharlach auf, am 22. Tage Wassersucht, am

24. Tage eine zweite Eruption, welche folgendes Aussehen hatte: Am Morgen war die ganze Körperoberfläche mit zahlreichen rothen Flecken bedeckt, welche Flohstichen sehr ähnlich waren, sich Tags über sehr ausbreiteten, und auf der Stirn zu einem grösseren Flecken zusammenflossen. Am nächsten Tage waren solche grössere Flecken an mehreren Stellen entstanden, die im Gesichte fingen schon an, abzublassen; am 4. Tage der ganze Ausschlag geschwunden, am Bauche zeigte sich eine plattenförmige Desquamation.

Wir übergehen das etwas weitläufige Raisonnement des H. Dr. L. Die Frage möchten wir nur stellen, ob Dr. L. meint, dass die 1. Eruption im ersten Falle, und dis 2. Eruption im zweiten Falle als Scharlach anzusehen sind?

Die mildeste Beurtheilung einer solchen Deutung müsste wenigstens sagen, dass H. Dr. L. in seinen Krankengeschichten den Beweis dafür zu bringen nicht verstanden hat. EISENSCHITZ.

V. Oeffentliche Gesundheitspflege, gerichtliche Medicin, Toxikologie.

223. Sanitarische Verhältnisse der niederländischen Colonien im Jahre 1870.

Von Dr. Friedmann. (Beilage zur deutsch. Kl. 1871. 7.)

A. Niederländisch-Ostindien.

Java, die am meisten bevölkerte Insel des unter der niederländischen Herrschaft stehenden indischen Archipels hat seit dem vorigen Jahrhundert stetig an Bevölkerung zugenommen, es hat über 16 Mill. Einwohner mit über 15$^1/_2$ Mill. Eingebornen; es weist Anfangs 1870 gegen 1868 ein Plus von 429,066 Seelen auf, und hat per Quadratmeile 6539 Einwohner. Unter der holländischen Regierung haben sich die Gesundheitsverhältnisse stets verbessert; diese sorgt für eine ausreichende Zahl von Aerzten, für Hospitäler, Sanitarien und Versorgungshäuser in gesunden Orten, für Vaccination, Austrocknung von Sümpfen, für gesunde Nahrung für die Bevölkerung und das Militär.

Der Bewohner des indischen Archipels lebt fast einzig und allein von Reis, den er gekocht, trocken mit den Schoten des spanischen Pfeffers geniesst; nur selten nimmt die niedere Classe der Bewohner etwas getrocknetes Fleisch zu sich. Trotz aller chemischen Theorie von der Ernährung zeigt die Erfahrung hier, dass diese stickstoffarme Substanz (nur 1 Pct.) ausreicht, den menschlichen Körper zu ernähren.

Die Reisfelder werden künstlich bewässert, das Land steht dann weit und breit $^1/_2$—2 Fuss unter Wasser und dieser künstliche Sumpf

erzeugt Fieber; bis jetzt konnten die Interessen des Landbaues mit den sanitären Rücksichten nicht vereint werden. Die Bewässerung geschieht indessen nur einige Monate und mit ziemlich reinem Quell- oder Flusswasser, so dass die Nachtheile des Gährungsprozesses des Bodens bis jetzt nicht sehr auffallend waren.

Die Sterblichkeit war während des Lustrums von 65—69 bei dem Heere, dessen Stärke sich auf 28.000 M. beläuft im Jahre 1867 am günstigsten mit 1.91% der Behandelten auf Java und Madara, und mit 1.05 im übrigen Archipel, am ungünstigsten 68 mit 3.00% auf Java.

Unter den Krankheiten ist Febr. intermit. am meisten vertreten mit 11.070 Fällen, von denen 100 starben; auf Java und bei den Truppen auf dem übrigen Archipel mit 10.006 Erkrankungen und 36 Todesfällen.

Cholera asiatica kam nicht epidemisch vor, auf Java und Madara waren jedoch 193 Erkrankungen mit 37 Todesfällen. Die Cholerafälle kamen jährlich in den Monaten April bis September, in der trocknen Jahreszeit vor, vom October bis März selten. Obschon die Temperatur sich in beiden Jahreszeiten gleich bleibt, so beweist dies nach Verf. durchaus nicht, wie man auch anzunehmen geneigt ist, dass die Temperatur ohne Einfluss auf Entstehung und Verbreitung dieser Krankheit ist, es beweist vielmehr, dass ausser der T. auch noch andere Factoren mitwirken. Von April bis September während des sogenannten Ostmonsums trocknen die Alluvialebenen an den Flussmündungen und die sumpfigen Flächen aus, grosse Massen der Zersetzungsproducte theilen sich der Luft mit, und erzeugen Fieber und Cholera, während im Westmonsum Wasserschichten diese ungesunden Flächen bedecken.

Typhus kam auf Java unter dem Militär nur 14mal vor mit 13 Todesfällen, ausserhalb Javas 23mal mit 11 Todesfällen (sehr grosse Mortalität, Red.).

Die Zahl der Unterleibsleiden überwiegt in den Tropenländern immer die Brustkrankheiten bedeutend. Diess hat seinen Grund darin, dass die durch die Wärme verdünnte, sauerstoffärmere Luft (? Ref.) ein Ueberwiegen des Pfortadersystems, Adominalplthora und Erkrankungen der von dem Pfortaderblute versorgten Organe zur Folge hat. Die Krankheitsformen kommen besonders in niedern sumpfigen Ebenen, in Alluvialgegenden vor und darum ist bei allen Raçen in den centralen gebirgigen Landestheilen die Morbilität und Mortalität weit niedriger als in den Strandgegenden. Der Aufenthalt in tiefer gelegenen Orten ist nur desshalb viel gesünder, weil die Luft dort viel kühler ist als in den niedern Ebenen, weil die kühlere Luft eine viel geringere Sättigungscapacität besitzt für die aus den Sümpfen u. dgl. entstehenden Emanationen, und für die Zersetzungsproducte organischer Stoffe. In niedrig gelegenen Gegenden bedingt der höhere atmosphärische Druck auch eine grössere Absorptionsfähigkeit der Luft in Bezug auf Feuchtigkeit und

Dünste, und desshalb sind die Küstengegenden geeigneter, Respirationskrankheiten hervorzurufen. Die grösste Sterblichkeit zeigt sich dem entsprechend bei den in den Küstenorten stationirten Afrikanern, obwohl diese, meist von der afrik. Westküste kommend, in einem heissen und sumpfigen Lande gelebt haben. Die aus Europa kommenden Truppen werden jetzt gleich bei ihrer Ankunft landeinwärts geschickt und kommen unter ihnen weniger Krankheiten vor als früher, wo sie eine längere Zeit in den Strandorten stationirt blieben.

Auf Java und Madara wurden 1869 von europäischen Aerzten 165.163 Civilpersonen behandelt und zwar an Fieber 64.733 mit 7035 Todesf., an Cholera 1885 Pers. mit 875 Todesf. und an Pocken 41.239 Pers. mit 6429 Todesf.

Ausser den Militärärzten sind auf Java 37 europäische Aerzte, die die Civilpraxis versehen und ausserhalb Java sind noch 15 Civilärzte angestellt; ausserdem gibt es auch 44 japanische in Batavia ausgebildete Aerzte auf Java und 30 ausserhalb. In Batavia existirt auch ein Hebeammeninstitut; es fungiren auf Java 37 dort ausgebildete Hebeammen und ausserhalb 15.

Es bestehen auf Java 216 von der Regierung besoldete Vaccinateure und auf dem übrigen Archipel 183, ausserdem impfen die Aerzte und selbst die Beamten. Auf Java und Madara wurden 1869 geimpft 596.298 Personen und revaccinirt 387.243, ausserhalb 86.809 Pers. zum ersten und 28.324 zum zweiten Male geimpft. Da trotz alldem Pockenepidemien vorkommen, so werden jetzt prophylactische Massregeln gegen diese Krankheit angewendet; es wurde frische Pockenlymphe von dem Kuheuter oder humanisirte aus Holland verschrieben, es wurde die Revaccination bei dem Militär eingeführt und wurden die Pockenzarethe vermehrt.

B. Niederländisch-Westindien.

Surinam. Diese südamerikanische Colonie mit alluvialer, von vielen Strömen durchzogene Fläche und fiebererzeugenden Clima ist öde und in grossen Strecken unbewohnt. Die Bevölkerung, nur die europäische Einwohnerschaft und deren Negersclaven in sich fassend, weil die eingeborenen Indianer wie die Thiere in den Wäldern leben, bestand Anfangs 1870 aus 50.719 Individuen. Die Zahl der Sterbefälle (2082) in diesem Jahre ist um 302 grösser als die der Geburten, ein Verhältniss, das wegen der ungünstigen Bodenbeschaffenheit sich fast immer so ungünstig gestaltet.

Sehr verbreitet sind in Surinam die Elephantiasis und Lepra, letztere mit dem häufigen Ausgange in Bronchorrhoe und Hydrops universalis. Da man früher die Lepra für contagiös hielt, so wurden die Leprösen zwangsweise in der Leprösenanstalt in Bafaria am Saramakkastrom internirt. Seitdem die dortigen Aerzte sich von der Nichtcontagiosität überzeugt haben und man weiss, dass die Krankheit nur bei vorhandener Disposition entsteht, hat diese Zwangsmassregel aufgehört. Die

Versuche, die Lepra durch Mercurialcur oder Jod zu heilen, sind missglückt. Verf. ist der Ansicht, dass die Leprösen vor Allem aus der ungesunden Luft, die die Disposition für die Lepra wesentlich bedingt, weggebracht worden müssen nach einem reinen und gesundene Clima, wo die Heilversuche erst ihre Wirkung äussern würden. Er schlägt vor, die Leprösenanstalt nach der Insel Curaçao und zwar auf eine Höhe von mindestens 1200′ zu verlegen. Viele Kranke würden dort die Anstalt geheilt verlassen, während sie jetzt, von allen Menschen wie Verbrecher gemieden, dem Tode verfallen sind.

C. Die Küste von Guinea.

Der tropische Theil der Westküste Afrikas ist äusserst ungesund für die Menschen. Der Nordpassat, der für viele Tropenländer und auch für den südamerikanischen Continent als Seewind sich erweist, und als reine Wasserdünste etwas Chlor, Brom und Jod mit sich führt, kommt hier als sanfter Landwind an, der über einen grossen Theil Africas gezogen, krankmachende Stoffe bringt und als Hamattan von allen Seefahrern gekannt und gefürchtet ist.

Dysenterie, Leberhypertrophie, Entzündung und Abscedirung dieses Organes so wie der Milz, remittirende Sumpffieber kommen hier als Tropenkrankheiten viel vor, ausserdem noch der Guineawurm (Filaria medinensis). Die Guineaküste ist so ungesund, dass Beamte und Officiere nach einem 5jährigen Aufenthalte daselbst schon Ansprüche auf Pensionirung haben, während diese in Ost- und Westindien erst nach 20 Jahren eintritt. A. Baer.

224. Typhus und Cholera und Grundwasser in Zürich.

(Von Max v. Pettenkofer. (Zeitschr. für Biologie. VII. 1.)

Prof. v. d. Linth und Ingenieur Bürkli übergaben der naturforforschenden Gesellschaft in Zürich eine Abhandlung über die Wasserverhältnisse der Stadt Zürich, in der sie zu dem Schlusse kommen, dass in der genannten Stadt der von Pettenkofer u. A. behauptete Zusammenhang zwischen den Grundwasserständen und Typhus und Cholera nicht bestehe. Sie glauben die Züricher Bevölkerung von der Besorgniss befreien zu müssen, dass die durch die Natur bestimmten, der Einwirkung der Bewohner entzogenen Localverhältnisse für die Gesundheit der Gegend unbedingt massgebend seien.

Ihren Ausführungen sucht P. in dem vorliegenden Aufsatze entgegenzutreten.

Für den Typhus gelte nach dem eigenen Geständnisse der Herren L. und B. das Gesagte nicht, da man nach ihren eigenen Angaben für die Zeit, wo Typhus in Zürich registrirt wurde (1865 bis 66) keine Grundwasserbeobachtungen und für die Zeit der Grundwasserbeobachtungen (von 1867 angefangen) keine Typhusstatistik habe.

Bleibe also noch der Einfluss der Grundwasserverhältnisse oder der Bodendurchfeuchtung auf die Cholera zu betrachten.

Darin, dass die zeitliche Frequenz der Cholera in irgend einer Weise mit dem Wasser zusammenhängen müsse, begegnen sich heutzutage die Anhänger der entgegengesetztesten Theorien, die reinen Miasmatiker (BRYDEN), wie die strengen Contagionisten (MACNAMARA); die Einen halten die Regenwinde, die Monsons Indiens für die Mittel, um die Cholera aus ihren endemischen Bezirken an den Gangesmündungen, obwohl die Hauptcholerazeit daselbst in das regenlose Frühjahr fällt, hinaus in die epidemischen bis in's Pendjab zu tragen, die Anderen halten die Regengüsse wieder für das Mittel, um Choleraexcremente auszuwaschen und in Brunnen und Wasserleitungen (dass das Trinkwasser in der grossen indischen Epidemie 1869 keinen Einfluss gezeigt habe, werde aus den Garnisonen, Spitälern und Gefängnissen Indien's „förmlich eintönig" berichtet) zu spülen.

Dem Verhalten der Cholera in Indien gemäss bleibt eben als zeitliches Moment nichts übrig, als die Wahl zwischen den drei Wassern: Regenwasser, Trinkwasser oder Grundwasser. — Aus BRYDEN's Bericht über die Cholera in Bengalen (1866 bis 68) könne man die Aetiologie der Choleraverbreitung ganz im Sinne der Grundwassertheorie ableiten und so wie in Indien werde es sich zuletzt auch ausserhalb Indiens in jedem Choleraorte verhalten müssen, demnach also auch in dem uns jetzt beschäftigenden Orte, in Zürich. Wenn die bisherigen Untersuchungen daselbst zu keiner Bestätigung der Grundwassertheorie geführt hatten, so erlaube sich PETTENKOFER auf einige Umstände aufmerksam zu machen, deren Berücksichtigung vielleicht weiteren Untersuchungen einen besseren Erfolg verschaffen würde.

Zunächst hätten sich die Herren L. und B. vom Wesen der Grundwassertheorie und von den Beziehungen des Grundwasserstandes zu Cholera und Typhus „willkührlich" eine von PETTENKOFER's Ansicht abweichende gebildet. Jene „bald mit Luft, bald mit Wasser" erfüllte „Zone" sei nicht der Kern und die Grundlage der Grundwassertheorie; der Grundgedanke sei der, dass das Wasser im Boden ein zeitliches Moment der localen Disposition für Choleraepidemien sei. Die erste 1854 in Baiern experimental von ihm aufgestellte Basis einer Theorie ging dahin, zu zeigen, der Zusammenhang der Choleraausbreitung mit den „Wasserverhältnissen" sei es, „dass wir durch keine Linien die einzelnen Ortsepidemien so ungezwungen zu gruppiren vermögen, als durch diejenigen, welche uns der Lauf der Flüsse und Bäche verzeichnet." „So ganz einfach und beschränkt, wie z. B. die Beziehung der Temperatur der Luft zur Ausdehnung des Quecksilbers in einem Thermometer darf die Sache nicht aufgefasst werden, und das hätte er ohnehin nie erwartet, dass man an den Schwankungen des Wassers in Brunnen etwa jeden Tag wollte ablesen können, wie viel

im Hause am Typhus oder Cholera erkranken, an welchem Tage eine Epidemie beginnt, an welchem sie endet."

Als sich seine Erfahrungen in der Epidemie von 1865 gehäuft hatten, konnte PETTENKOFER seine inzwischen etwas reifer gewordenen Anschauungen neuerdings dahin formuliren, „dass nebst einer permeablen Bodenschichte zur Erzeugung einer Ortsepidemie noch nothwendig sei eine zeitweise grössere Schwankung im Feuchtigkeitsgehalte dieser Schicht, welche sich im Alluvialboden am einfachsten und zuverlässigsten in dem wechselndem Stande des Grundwassers ausspricht." (Siehe darüber „Rundschau" 1870, Nr. 531.) Der Stand und die Schwankung des Grundwassers sind — wie PETTENKOFER wiederholt sagt — uns als eine Art Zeiger und Zifferblatt für den Gang der Durchfeuchtung in der darüber liegenden Schichte anzusehen.

Die Herren L. und B. haben als Anzeichen für den Grundwasserstand verwerthet: 1. den Wasserstand verschiedener gegrabener Brunnen, 2. den des Züricher-See's und seines Ausflusses (Limmat), 3. die Ergiebigkeit einer Anzahl von Quellen, welche am Fusse des Züricher Berges entspringen und die städtischen Wasserleitungen speisen, 4. die Menge der Niederschläge, welche durch eine 1 Meter tiefe Erdschichte versickert. In keinem von diesen Anzeichen aber finden sie einen Zusammenhang mit der 1867er Cholera im Sinne der Grundwassertheorie. Nun sind aber nach des Verf. eigenen Erhebungen die meisten Brunnen vom Stande des See's und der Limmat abhängig, daher hängt auch ihr Steigen und Fallen „nicht sowohl von der grösseren oder geringeren Durchfeuchtung der über dem Grundwasser liegenden porösen Schichten" als vom Spiegel des See's ab, und ist also auch für die in Rede stehende Sache nicht verwerthbar. Man kann diese Brunnen nicht zur Illustration der Cholera-Bewegung verwerthen, eben so wie in München diejenigen Brunnen, die wirklich vom Stande der Isar abhängen, nicht zur Illustration der Typhusbewegung verwendet werden konnten. Trotzdem räth PETTENKOFER, diese vergleichenden Messungen der Höhe des Brunnenwassers und des See's mit derselben Genauigkeit wie bisher fortzusetzen, da sie „zur Zukunfts-Hydrographie der Stadt gehören und zu irgend welcher Erkenntniss einmal nothwendig werden können."

Als Massstab für die Durchfeuchtung des Bodens kann P. nur 2 gewisse Brunnen, am sogenannten Hottingerboden gelten lassen (warum? Ref.) und diese widersprechen schon der Grundwassertheorie bezüglich der Cholera 1867 nicht in Geringsten, indem sie im Winter und Frühlinge dieses Jahres einen so hohen Stand zeigten, wie in keinem der 3 folgenden Jahre mehr, dann sinkend mit der Höhe der Epidemie den tiefsten Stand erreichten.

Ein anderes vom See unabhängiges Grundwasseranzeichen des Zürichberges: — die Ergiebigkeit der städtischen Quellen widersprechen auch nicht der Grundwassertheorie. Im Winter und Frühling

des Cholerajahres 1868 standen die Quellen nämlich so hoch, wie in den folgenden 3 Jahren nie oder nur auf ganz kurze Zeit. Vom März bis Ende August (Region der grösseren Frequenz der Cholera) sinkt dann die Wassermenge der Quellen. „Das lässt auf eine hochgradige Durchfeuchtung des Bodens von Zürich schliessen, welche zur Erzeugung dessen, was die örtliche und zeitliche Disposition ausmacht, beigetragen, und der Epidemie mehrere Monate vorausgegangen ist, wie der hohe Grundwasserstand in München von Juni bis September 1853 dem Ausbruche der Epidemie im Juli 1854." BETTELHEIM.

225. Der Himalaya als climatischer Heilort.

Von W. Curran

Im Laufe der letzten Jahre sind zu wiederholten Malen in den englischen Fachblättern Berichte von Aerzten zu lesen gewesen, welche die Salubrität der Gebirgsländer des Himalaya rühmen. Die Berichte erregen nur insoferne allgemeines Interesse, als sie eine Bestätigung der auch in Europa und Amerika gemachten Erfahrungen liefern, welche bei verschiedenen Erkrankungen andauernden Aufenthalt in Hochgebirgsgegenden als ein energisches Heilmittel hinstellen.

Aus den Bemerkungen, welche Dr. CURRAN seinem Berichte hinzufügt, geht jedoch sichtlich hervor, dass die englische Regierung trotz der vielen an sie schon ergangenen Aufforderungen von Seite der Militärärzte dieser für sie so wichtigen sanitären Frage noch nicht die nöthige Beachtung schenkt, sonst könnte der Berichterstatter nicht zu dem Satze gelangen, der wörtlich lautet: „Die Geschichtschreiber von Britisch-Indien werden sich einst nicht genug wundern können, dass wir so lange den Himalaya vernachlässigt haben. Wir scheinen fast die guten Gaben Gottes von uns fortzustossen. Wir concentriren unsere Truppen in schmutzigen Plätzen, wo Krankheiten niemals fehlen; während wir die prachtvollen Gebirgszüge vor unseren Augen haben, welche mit ihren heilsamen Lüften uns anlocken, heisst das nicht, die Vorsehung versuchen und die einfachsten Forderungen der Vernunft und des gesunden Sinnes verleugnen!"

Dr. CURRAN sammelte seine Beobachtungen als Assistant Surgeon des 88. Regimentes, welches während der heissen Jahreszeit 1869 zum Strassenbau zwischen Murree und Abbottabad verwendet wurde. Die Gegend liegt in einer Seehöhe von 4800' bis 8000' und hat seine Regenzeit von Anfang Juli bis Mitte September.

Nach seinen Mittheilungen hat in allen Theilen des Gebirgslandes die Regenmenge abgenommen, seit die Europäer das Bauholz in ausgedehntem Masse zu Bauzwecken verwenden. Mit Ausnahme der Blattern kommen zymotische Krankheiten selten vor.

Nur während und nach der Regenzeit, wo die Luft mit Feuchtigkeit übersättigt ist, leiden die Eingebornen häufig an fieberhaften Zu-

ständen, welche gewöhnlich mit einem Wechselfieber von ausgesprochenem Tertiantypus enden, und selten ärztliche Behandlung erfordern.

Wird aber ein Baid (eingeborner Arzt) gerufen, so bannt er die Erkrankung mit einem Gebete oder einer Zauberformel oder verabreicht ein gewürztes Backwerk aus schwarzem Pfeffer, Ingwer, Kirschen oder Gewürznelken.

Erkrankungen des Herzens sind fast unbekannt. Lungenschwindsucht kommt gar nicht vor.

Cretinismus und Kropf werden nur in den höheren Gegenden angetroffen, und verdanken keineswegs dem Genusse von Schneewasser ihre Entstehung wie allgemein angenommen wird; denn die genannten Erkrankungen kommen massenhaft in Gegenden vor, wo kein Schneewasser getrunken wird. Sie scheinen vielmehr ebenso wie Leprose durch hereditäre Anlage und andere deprimirende Localeinflüsse bedingt zu sein. Augen- und Hauterkrankungen (einschliesslich der Krätze) sind sehr gewöhnlich.

Rheumatismus bei Männern und Menorrhagie bei Frauen sind die eigentlichen Gebirgskrankheiten im Himalaya.

Wie Dr. CURRAN erzählt, wurden sämmtliche Soldaten vor ihrem Abmarsche in's Gebirge geimpft; während ihres ganzen Aufenthaltes daselbst kam kein einziger Fall von Blattern zur Behandlung. Aus den, dem Berichte beigegebenen statistischen Tabellen, welche eine Parallele zwischen der Sterblichkeit der Truppe während ihres Aufenthaltes in der Ebene und im Gebirge zieht, ergibt sich eine eclatante Differenz zu Gunsten des letzteren.

Dr. CURRAN hebt schliesslich noch die günstige Einwirkung hervor, welche das Gebirgsleben auf Gemüth und Geist der Soldaten machte.

Allerdings, so endet der Bericht, gibt es auch Zustände, für welche das Gebirge gar nicht passt, welche daselbst eine Verschlimmerung erfahren; dazu gehört vor Allem Menorrhagie. SCHREIBER.

VI. Physiologie, Anatomie, pathologische Anatomie.

226. Ueber die Spannung der Blutgase in den Lungencapillaren.

Von Siegfried Wolfberg (Pflügers Arch. f. Physiol. 1871 S. 465.)

Verfasser stellte sich die Aufgabe, die Partialspannung des Sauerstoffes und der Kohlensäure in den Lungen zu bestimmen, d. h. den Procentgehalt dieser Gase zu bestimmen, den ein Luftvolumen haben muss, damit es mit normalem Lungenblut in Berührung gebracht, aus

demselben keines der Gase mehr aufnimmt. Er that diess, indem er durch einen elastischen Katheder der in einen Bronchusast eingeführt wurde, die Luft, die sich eben in dessen Gebiet befand, absperrte, dann heraussog und analysirte (das Nähere des Versuches mag im Original nachgesehen werden.)

Das Resultat war:

Die Tension der CO_2 des Blutes in den Lungencapillaren des Hundes wird im Mittel durch 3·2% ausgedrückt, die des O durch 3·6%; mit anderen Worten: die CO_2 steht unter einem Partialdruck von 14.32 Mm., der Sauerstoff von 27·44 Mm. Quecksilber.

Sigm. Exner.

227. Untersuchungen über den Einfluss des Nervensystems auf den Kreislauf und die Körpertemperatur.

Von Dr. Franz Riegel. (Sep. Abd. aus Pflügers Arch. IV. Bd.

Die seit Haller's Zeiten geltende Ansicht von der völligen Unabhängigkeit der Herzthätigkeit vom Nerveneinfluss wurde zuerst durch Le Gallois (1812) erschüttert. — Weiter ging Flourens und wies nach, dass die Circulation nicht bloss vom Herzen, sondern auch von der selbständigen Thätigkeit der Gefässe abhänge. — Bezold's Untersuchungen zeigten neue Bahnen, auf denen vom Gehirn und Rückenmark aus die Herzthätigkeit beeinflusst werden könnte, und nöthigten ihn, die Hypothese von einem im Halsmarke gelegenen excitirenden Herznervensystem aufzustellen. Doch wies Goltz wieder mit besonderem Nachdruck auf die Wichtigkeit des Gefässtonus für die Locomotion des Blutes und die Leistungsfähigkeit des Herzens hin, und die Experimente von Ludwig und Thiry drängten zu dem Schlusse, dass zwar das Bezold'sche Resultat richtig, dessen Deutung aber falsch sei, indem die Gefässnerven bei diesen Erscheinungen die Hauptrolle, die excitomotorischen Herznerven dagegen keine oder nur eine nebensächliche Rolle spielten; — sie bewiesen, dass jene von Bezold zuerst beobachteten colossalen Blutdrucksteigerungen bei Reizung des Halsmarkes durch einen Krampf der kleinen Arterien hervorgerufen werden, der dann secundär das Herz beeinflusst. — Weitere Forschungen zeigten dann, dass in ähnlicher Weise wie durch directe Halsmarkreizung auch durch andere Agentien auf das vasomotorische Centrum und die Gefässnerven erregend eingewirkt werden könne, so bei Suspension der künstlichen Athmung, oder bei Reizung sensibler Nerven.

Schiff hatte bereits 1854 am Kaninchenohre abwechselnde Contractionen und Erschlaffungen der grösseren Arterien beschrieben, die weder mit der Herzbewegung noch mit der Athmung in Zusammenhang zu bringen waren, und die er daher abhängig vom Nervensystem machte; ähnliche Erscheinungen wurden von Wharton Jones an der Vene des Fledermausflügels, von Gernning und später von Saviotti an den

Arterien der Froschschwimmhaut, sowie von HELLER an den Lymphgefässen des Meerschweinchens beobachtet.

In der Ueberzeugung, dass sich ein ähnliches rhythmisches An- und Abschwellen auch an anderen Gefässen nachweisen lassen würde, versuchte RIEGEL diese Erscheinung an verschiedenen Hautgefässen des Kaninchens aufzufinden. Mit grösster Klarheit gelang ihm dies bei der Art. saphena, jedoch auch an Arterien der verschiedensten Körperstellen. — Es ist damit eine Summe von Erscheinungen gegeben, die den directen Einfluss des Nervensystems auf die Gefässcontraction nachweisen.

Wie schon erwähnt, hat GOLTZ die Wichtigkeit des normalen Gefässtonus für die Blutbewegung gezeigt, er hat bewiesen, dass die Gefässmuskeln nicht bloss die Vertheilung des Blutes in den verschiedenen Körperpartien zu besorgen hätten, sondern dass durch sie auch eine zweite direct treibende Kraft gewonnen sei. — Verfasser kann aus seinen zahlreichen Versuchen, die im Einzelnen zu verfolgen nicht Aufgabe eines Referates sein kann, nicht entscheiden, ob die normale Thätigkeit des Gefässnervencentrums zur Hemmung des Blutstromes oder aber zur rascheren Weiterbeförderung des Blutes bestimmt sei; jedenfalls aber muss relative Anaemie der Körperoberfläche als einer der sichersten Effecte der Halsmarkreizung angesehen werden.

Im Weiteren wendet sich nun RIEGEL zum Einfluss des Nervensystems auf die Körpertemperatur.

Gegen HEIDENHAIN und viele andere Untersucher stimmt R. mit JACOBSON überein, welcher die Temperatur im linken Herzen wärmer fand, als im rechten; nur dann trat der umgekehrte Fall ein, wenn durch künstliche Respiration eine intensive Abkühlung der Lungen erzeugt worden war.

HEIDENHAIN nahm an, (Siehe Nr. 274 dieser Zeitsch. 1872) dass die Temperatursabnahme, die er nach jeder sensiblen Reizung beobachten konnte, Folge der durch diese Reizung erregten Circulationsbeschleunigung sei. Des Verfassers Versuche würden aber vor Allem zeigen, dass ein solcher Temperaturabfall keineswegs constant mit jener Blutdrucksteigerung zusammenfalle, als deren Folge HEIDENHAIN eine Beschleunigung der Circulation zu finden meinte; ferner aber bringt R. Beweise vor, dass in den betreffenden Versuchen weitere Momente vorhanden sein können, die eine Temperaturabnahme, resp. Aenderung zu erzeugen im Stande sind; als solche sieht Verfasser, auf Grund seiner Versuche, die zur künstlichen Respiration vorgenommene Tracheotomie an, welche einen Stunden andauernden Temperaturabfall nach sich zieht, sowie ferner die Wirkung des Curare, welches im Stande ist, die Temperatur beträchtlich herabzusetzen.

Gleichen Effect wie die sensible Reizung hat die Suspension der Athmung — aber auch für diese konnte R. fast nie entschiedene Temperaturabnahme, wohl aber nicht selten Temperaturerhöhung nachweisen.

HEIDENHAIN hatte (l. c.) auf 3 Wegen Verlangsamung der Circulation erzeugt, und dabei jedesmal Temperaturerhöhung erhalten; durch die Methode einer raschen Blutentleerung konnte RIEGEL nicht übereinstimmende Resultate erlangen. — Wenn wir den Inhalt der besprochenen Arbeit kurz zusammenfassen wollen, können wir sagen:

RIEGEL hat vor Allem die herrschenden Ansichten über den Einfluss des Nervensystems auf die Gefäss- und die Blutbewegung geprüft, und sich dann in genaue Kritik der HEIDENHAIN'schen Resultate eingelassen; er hat gefunden, dass die Annahme unbegründet sei, eine sensible Reizung setze dadurch, dass sie den Blutdruck erhöht und die Circulation beschleunigt, die Körpertemperatur herab. — Die Gründe, welche RIEGEL bewegen, die HEIDENHAIN'schen Ansichten anzufechten, haben wir früher mitgetheilt. OBERSTEINER.

228. Zur Anatomie der Hirnoberfläche.

Von Dr. E. **Fleischl.** (Centralbl. 1871, 42.)

Nachdem die Oberfläche des Gehirnes durch sorgfältiges Entfernen der Pia mater frei gelegt ist, gelingt es, sowohl durch Silber- als Goldbehandlung auf derselben ein äusserst zartes Häutchen darzustellen, welches aus einer Summe enganeinanderliegender polygonaler Felder zusammengesetzt ist, und aus zwei Schichten besteht. Trotz des Misstrauens, mit welchem Verf. Silber- und Goldzeichnungen beurtheilt, wurde er doch veranlasst, diese Felder in Zusammenhang mit Zellcontouren zu bringen, indem es ihm gelang, an meningitischen Hirnen alle Uebergangsstufen bis zu vollkommenen Eiterzellen nachzuweisen.

Mit grösster Zurückhaltung spricht sich übrigens FLEISCHL über die Bedeutung dieser Membran aus, (die wohl in Beziehung zu dem epicerebralen Lymphraum stehen dürfte) und schlägt für dieselbe den Namen c u t i c u l u m c e r e b r i e t c e r e b e l l i vor. OBERSTEINER.

229. Ueber den Krebs.

Von Prof. **Waldeyer.** (Sammlung clin. Vorträge Nr. 33.)

In ungemein klarer und durchsichtiger Darstellung entrollt uns W. seine Ansichten über das Carcinom. Der Krebstumor besteht aus zwei in geweblicher und genetischer Beziehung von einander streng geschiedenen Antheilen, dem bindegewebigen Gerüste und den epithelialen Krebszellen, welche zu „Krebskörpern" vereinigt in den Lücken jenes Gerüstes liegen. Das Gerüst besteht zum Theile aus dem im erkrankten Organe vorgefundenen Bindegewebe, theils ist es aus demselben neu gebildet; die Krebszellen sind immer nur Abkömmlinge physiologischer Epithelialzellen; da nun diese letzteren nur an bestimmten Orten sich finden, ist auch das primäre Auftreten von Carcinom an gewisse Stellen gebunden. Secundäre Krebsknoten können (durch Verschleppung von Krebszellen mit dem Blut- oder Lymphstrome) überall

sich finden. Eine derartige Verschleppung könne auch bei der Operation eben mit dem Messer vollzogen werden und verschlimmere die Chancen derselben, auf welche ohnehin W. nicht sehr gut zu sprechen ist. Eine sehr interessante Mittheilung ist die von der Beweglichkeit frischer Krebszellen. W. verspricht über diese von ihm gemachte Beobachtung ausführlichere Mittheilungen. Ernst FLEISCHL.

230. Ueber Bacterien in der Pockenhaut.

Von Dr. C. Weigert in Breslau. (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften Nr. 39, 1871.)

Der Verfasser will das Vorkommen von Bacterien in den von Pockenleichen entnommenen Hautstücken beobachtet haben; und zwar sollen dieselben in gefässähnlichen buchtigen, oft auch verzweigten Schläuchen, welche sie als ein dichtkörniger, scharf contourirter Inhalt ausfüllen, vorgekommen sein. Die Schläuche will er vermöge der scharfen Begrenzung gegen das Bindegewebe und der längsgestellten oft zusammenhängenden Bindegewebskörperchen an der Grenzlinie (wahrscheinlich das Endothel Ref) sowie des Vorkommens von Lymphkörperchen zwischen den Bacterien als Lymphgefässe angesehen wissen.

Den beschriebenen Befund will er in dreierlei Stellen gesehen haben:

1) In aus Rundzellen gebildeten Herden, entlang den Arterien, oft in der Nähe von Pocken;

2) In dem oberen Corium unter der mehr oder weniger entwickelten Pocke oder an der Peripherie derselben;

3) Bei seinen hämorrhagischen Fällen, wo es zu keiner Entwicklung von Efflorescenzen gekommen ist, jedoch erst an der Grenze des Unterhautzellgewebes, wo auch mit Bacterienmassen gefüllte Arterien sich vorfanden.

Diese Beobachtungen wurden nur bei Fällen mit mehr weniger hämorrhagischem Character gemacht, wo jedoch einzelne Efflorescenzen wie sub 2, entsprechend entwickelt sein konnten; das Exanthem durfte das Floritionsstadium (10. Tag der Erkrkg) nicht überschritten haben. In allen übrigen Fällen wurden diese Gebilde nicht vorgefunden. — Ob in dem späteren Stadium die Bacterien durch Eiterkörperchen verdeckt wurden oder sonstwie verschwunden waren, weiss der Autor nicht anzugeben. Nach WEIGERT'S Meinung müssen die Bacterienmassen für den Pockenprocess welche Bedeutung haben, da sie nur an jenen Hautstellen vorkommen, „an denen auch sonst die Wirkungen des Pockengiftes zu Tage treten." GEBER.

VII. Kritiken.

231. Der Kreislauf in der Schädelhöhle.

Von Georg **Althann.** (Dorpat 1871.)

Die einzelnen Punkte, welche diese Schrift behandelt, sind: Ausnahmsstellung der Schädelhöhle hinsichtlich der Circulation und Wechsel der Blutmenge im Schädel, resp. Gehirn; die Cerebrospinalflüssigkeit und das Verhältniss der Subarachnoidalräume zu einander und den Gehirnventrikeln; Nutzen des liquor cerebrospinalis; die Gehirnbewegungen am geöffneten oder nicht vollkommen verknöcherten Schädel; dieselben im festen völlig verknöcherten Schädel Erwachsener; die Regulirung des Blutzuflusses zum Schädel resp. Gehirn; Gehirnpyerämie und Gehirndruck: Eclampsie und Epilepsie, und endlich: die Blutvertheilung in der Schädelrückgratshöhle nach dem Tode.

Der Verfasser hat eine fleissige Zusammenstellung von 343 auf die eben angeführten Gegenstände bezüglichen Schriften geliefert, und dadurch jedem, der sich mit einer dieser Fragen beschäftigen will, die literarischen Bemühungen äusserst erleichtert. — Er wurde sogar gezwungen, schliesslich einige selbstständige Versuche anzustellen. OBERSTEINER.

232. Lehrbuch der Syphilis und der mit dieser verwandten örtlichen venerischen Krankheiten.

Von Prof. **Zeissl** in Wien. (Erlangen bei Enke. 1871. 2. Auflage.)

1. Theil: Die örtlichen venerischen Folgezustände.

Die zweite Auflage eines Werkes, dessen erste in verhältnissmässig kurzer Zeit im Buchhandel vollständig vergriffen wurde, ist eine hinreichend beredte Anpreisung, die jede andere entbehrlich macht. Der Inhalt dieses deutschen Fundamentalwerkes über Syphilis ist in der neuen Ausgabe so angewachsen, dass eine Abtheilung in zwei Bänden nothwendig wurde; der erste Band enthält die der Syphilis „verwandten örtlichen venerischen Krankheiten," also voran den Tripper. Zuerst kommt unter dem Titel: Einleitung eine pathologisch - anatomische Skizze über die Blennorhagie der Schleimhäute. Dann folgen kurze Abschnitte, die den Ursachen der Uebertragbarkeit des Trippers, dem Mechanismus der Tripperinfection und den Momenten, welche die Tripperinfection begünstigen, gewidmet sind. Aus diesem sind folgende Sätze hervorzuheben: die Harnröhrenmündung des Mannes, sei sie auch noch so genau abgeschlossen, wird bei dem Geschlechtsacte, indem das turgescirende Membrum virile in die Vagina eindringt, auf mechanische Weise geöffnet werden; es gelangt etwas von der Vaginalflüssigkeit in die Harnröhre, und wird beim Zurückziehen des Gliedes darin zurückgehalten; so kommt die Infection zu Stande.

Eine sogenannte Disposition, d. h. eine in der Blutbeschaffenheit gelegene Receptivität für das Trippercontagium gibt es allem Anscheine nach nicht. Nun werden geschildert: der seröse und mucöse Catarrh, die Urethritis purulenta; hier ist zu bemerken, dass Z. keinerlei Incubationszeit annimmt. Hierauf werden die Ausschreitungen des entzündlichen, männlichen Harnröhren-Trippers abgehandelt, Ausgang, Sitz und Ausbreitung des chronischen Trippers detaillirt, des croupösen erwähnt, die anatomischen Veränderungen, welche durch den Harnröhren-Tripper des Mannes im Harnröhren-Canale entstehen, mit Zuhilfenahme von Beschreibungen nach ENGEL und ROKITANSKY auseinandergesetzt und die Prognose beleuchtet. Dann wird ausführlich über Prophylaxe und Therapie gesprochen. Wir heben aus diesem Capitel Folgendes heraus: „Würden sich die Tripperkranken der strengen Ruhe befleissen, sich mit einer reizlosen Diät begnügen und dabei täglich mehrere Stunden kalte Ueberschläge auf die Geschlechtstheile und das Perinäum in Anwendung bringen, so würden die meisten Tripper, ohne Zuhilfenahme von Injectionen oder innerlichen Medicamenten oder doch nur mit geringer Nachhilfe innerhalb 6 Wochen schwinden". Z. ist ein Gegner der Abortivbehandlung und spricht der mit schwächeren Injectionslösungen eifrig das Wort. Unter andern werden auch Kali hypermang., Chlorzink und schwefligsaurer Kalk als Injectionsmittel erwähnt, aber von Z. nicht empfohlen. Sehr umfänglich wird die Wirkungsweise der Balsamica besprochen, besonders einige streitige Puncte, z. B. der Einfluss dieser Mittel auf die Nieren, etc.

Von den Consecutivzuständen des Trippers schildert der V. zuerst die Balanitis. Dann folgt die in diesen Blättern im Auszuge bereits mitgetheilte Abhandlung über Epidydymitis, dieser eine über Prostatitis. Als Episode ist wohl der Abschnitt über Spermatorrhoe anzusehen. Beschreibung der Erkrankungen, welche weiters als Folgezustände des Trippers anzusehen sind, Harnblase und Nieren betreffen, machen den Schluss der Abhandlungen über die Blennrrh. des Mannes, und nun folgt die Schilderung der Blen. des Weibes. Eine in wenig Handbüchern vorkommende Besprechung der Specula wird Vielen eine angenehme Zugabe sein. Abhandlungen über den Bartholini'schen Drüsenabscess und den Uterinaltripper vervollständigen diesen Abschnitt. Der Tripper des Auges soll nach dem Urtheile von Fachmännern von Dr. HOCK kurz und gediegen geschildert sein. Die strittige Frage wegen des Tripperrheumatismus erledigt Z. in dem Sinne FOURNIER's, der annimmt, dass die Blen. wie jeder andere Reizungszustand der Harnröhre articuläre Erkrankungen hervorzurufen vermag. Den spitzen Warzen und subcutanen Condylomen hat Z. grössere Beachtung zugewendet, als sonst in Handbüchern geschieht. Der Kern der diesbezüglichen Abhandlung ist der Satz: Spitze Condylome sind örtliche Erkrankungen, welche übertragen werden können. Condylomata endocystica stehen mit Bl. in keinem Connexe, haben mit

dem spitzen Condylome in histologischer Beziehung keine Gemeinschaft (??) und differiren auch in pathogenetischer Beziehung. Die Stricturen sind nach des Verfassers Urtheile selbst nur „skizzenhaft" bearbeitet.

Der zweite kleinere Theil des Buches ist der Abhandlung des Schankers, i. e. nach Z. des weichen Geschwüres und seiner Folgezustände gewidmet. Z. bekennt sich zum Dualismus und verfolgt seine alten Ansichten, die er nicht aufgegeben, sondern nur geläutert hat, mit vieler Wärme und in geschlossener, d. h. keine Lücke zum Eindringen von Sofismen darbietender Argumentation. Er sagt: wir wissen genau, was ein harter Schanker ist und was ihm folgt. Wir wissen aber nicht genau, was ein weicher Schanker ist und was einem solchen zweifelhaften Geschwüre folgt. Damit ist der Standpunct der Dualisten von heute praecisirt und jeder aufmerksam beobachtende, ruhig denkende, nicht in Voreingenommenheit, oder Suffisance polternde Arzt kann das acceptiren. Nach dem einleitenden Capitel kommen ziemlich ausführliche Darstellungen über das Contagium weicher Schanker, den Entwicklungsgang derselben, ihre Anatomie und Varietäten; dann werden die Verschiedenheiten der Schanker nach ihrem Sitze besprochen und erfährt das wichtige Capitel über die Differentialdiagnose die besonders dem Practiker erwünschte Würdigung. Dann folgt die Therapie des weichen Schankergeschwüres, und wurden fernes Lymphgefäss- und Lymphdrüsenerkrankungen in das Bereich der Besprechungen gezogen. Z. widmet dem Schanker-Bubo besondere Aufmerksamkeit. Das Urtheil über den Bubon d'emblée lautet: „Mit Bestimmtheit lässt sich doch nicht verneinen, dass in Folge der Scrophulosis, also in Folge der Constitution des Individuum's ohne vorausgegangene Laesion nachbarlicher Partieen, Drüsengeschwülste entstehen." Aus den umfangreichen Bemerkungen über die Behandlung des Bubo heben wir nur hervor, dass Z. die gangraenösen in das Wasserbett bringen lässt. — —

Aus dieser Inhaltsangabe wird der Leser den practischen Werth und die Brauchbarkeit des von der Verlagshandlung sehr anständig ausgestatteten Buches erkannt haben, so dass jedes Wort mehr überflüssig wäre. Emanuel KOHN.

233. Beiträge zur Orthopädik.

Die natürliche Dynamik bei der Behandlung des Pes valgus, Genu valgum nnd Pes varus als Heilmittel angewandt.

Von Dr. med. Fr. Böttger, Hofarzt Sr. Hoheit des Herzogs von Anhalt.

(Mit 23 Abbildungen. Leipzig, Heinrich'sche Buchhandlung, 1871.)

Wir sind es heutzutage ziemlich entwöhnt, eine 56 Seiten zählende Broschure über Orthopädik mit einer Definition der Krankheit beginnen zu sehen.

Der lange Hinweis, wie nothwendig ein natürliches Heilverfahren sei, Schlagwörter wie Selbsthilfe, Benützung der regulatorischen Kräfte etc. sind einer modernen medicinischen Arbeit nicht mehr nöthig. Selbst durch die langen und zahlreichen Citate aus Arbeiten von VIRCHOW, BARDELEBEN, LÜCKE etc. etc. wird der Eindruck, dass das Büchlein einer älteren Periode angehört, nicht mehr verwischt. Umsomehr überraschte es uns, als wir sahen, dass die ganze der Natur abgelauschte Heilmethode der Fussverkrümmungen auf die Anwendung starrer Verbände hinausläuft. Dazu kommt höchstens noch der Rath, dass man die Patienten herumgehen lasse, und zur Unterstützung der orthopädischen Behandlung ein keilförmiges Korkstück in der Sohle tragen lasse. Dieses Korkstück soll nach dem Princip der schiefen Ebene drücken und müsste bei Plattfuss die Basis nach Innen, bei Klumpfuss nach Aussen heben, und für die leichteren Formen von Genu valgum empfiehlt er das von ROSER angegebene Redressement der gleichzeitig vorhandenen Plattfüsse, und glaubt damit die Kniee allein auseinander zubringen. Für die schweren Fälle empfiehlt er die Einwicklung beider Unterschenkel, so dass die inneren Curven der Oberschenkel als Hypomochlien für die Gradrichtung der Beine benützt werden. Natürlich muss zwischen die Kniee etwas Watta geschoben werden. Ausser einigen eclectischen Bemerkungen über die Behandlungsmethoden und die Aetiologie dieser Verkrümmungen nebst erläuternden Krankengeschichten findet der Leser im Obigen so ziemlich den Inhalt der viel zu lang geschriebenen Brochure erschöpft.

Prof. CZERNY.

234. Dr. Eduard Helmke's,

Directors der orthopädisch-gymnastischen Heilanstalt zu Jena.

Reform der Orthopädie.

Lehrbuch der gymnastischen Orthopädie.

Von Dr. A. Helmke, practischer Arzt in Allstedt.

Unter obigen zwei Titeln ist ein 258 Seiten starker Band erschienen, welcher es sich zur Aufgabe gestellt hat, alles bisher in der Orthopädie Geleistete, sowie auch alle bisher bekannten und bewährten orthopädischen Apparate über Bord zu werfen und dafür als Reform der bisherigen Orthopädie die gymnastische Orthopädie d. h. die mittelst der von HELMKE erfundenen Maschinen ausgeführte gymnastische Orthopädie als das allein seeligmachende Mittel hinzustellen. Wenn wir auch eine unter ärztlicher Leitung zweckmässig ausgeführte Gymnastik für ein nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel einer orthopädischen Behandlung ansehen, so können wir doch unmöglich den Erfolgen HELMKE's, wie sie mittelst seiner an die Nürnberger Folterkammer lebhaft erinnernden Maschinerien bewirkt werden sollen, Glauben schenken. Ebenso wie alle Mieder bei Rückgratsverkrümmungen verbannt HELMKE die Tenotomie-

aus der orthopädischen Behandlung des Spitz- und Klumpfusses, und will dieselben Erfolge, ja noch viel bessere und in bedeutend kürzerer Zeit mittelst seiner Maschinen erzielt haben. Die lebhafte Phantasie des Verfassers aber, welche aus jeder Seite des Buches, besonders aber bei seinen erzielten Heilresultaten hervorblickt, erstreckt sich nicht bloss auf die abenteuerlichen Benennungen seiner Maschinerien wie Cunabula, Polyspaston, Sirene, Nymphe, Najade, Carroussel u. dgl. sondern fordert, dass nach Ansicht des Verfassers an jeder Universität ein seiner d. i. HELMKE's gymnastisch-othopädischer Anstalt gleiches Institut errichtet werden sollte. Denn, sagt HELMKE, die gymnastische Orthopädie ist die Lehre von den Verkrümmungen des menschlichen Körpers und deren activ-passiver Behandlung.

Ohne in eine weitere Kritik der einzelnen Abschnitte eingehen zu wollen, geben wir in den folgenden Zeilen eine Stichprobe, und überlassen es alsdann dem Leser, sich über das vorliegende Werk selbst ein Urtheil zu fällen. Ueber die künstliche Bildung neuer Hüftgelenke an Stelle der alten verschwundenen Hüftgelenkspfanne schreibt Verfasser auf Seite 228 Folgendes:

„Auch Ed. HELMKE war von der Möglichkeit der Bildung neuer Hüftgelenke lange überzeugt und wünschte innigst, das Streben der Natur zu unterstützen, wozu er jedoch ganz andere Mittel und Verfahrungsarten, als alle die bisher versuchten, für unbedingt nothwendig hielt, aber Mittel, *welche erst erfunden und geschaffen werden mussten*, worauf er all' sein Sinnen und sein Denken richtete, bis es endlich ihm gelang, diese sich selbst gestellte problematische Aufgabe zu lösen. Wenn er in dieser Beziehung glücklicher als GUÉRIN, BUEHRING und Andere war und bis jetzt der erste und einzige Orthopäde ist, welchem es gelungen ist, *ohne Operation und ohne Lagerung* in kurzer Zeit ganz schmerzlos neue Hüftgelenke zu bilden, zu deren ziemlicher Normalität Nichts weiter fehlt, als nur das Lig. teres, so verdient die Erfindung neuer Maschinen .... die grösste Beachtung. Von vielen desfallsigen Zeugnissen mögen die drei folgenden die Richtigkeit des Gesagten beweisen."

Es folgen die drei Zeugnisse.

Das ganze Buch scheint mehr für das grosse Publikum als für Aerzte geschrieben worden zu sein. Die vielen Zeugnisse und Krankheitsgeschichten, mit welchen das Buch reichlich versehen ist, stempeln es zu einer grossen in ein wissenschaftliches Kleid gehüllten Reclame für die orthopädisch-gymnastische Heilanstalt des Verfassers.

ULTZMANN.

VIII. Kleine Mittheilungen.

235. PUTNAM. Vergiftung mit Stramonium und ihre Behandlung. Boston med. and surg. Journ. 12. Octob. 1871.

Die Erfahrungen des Verf. betreffen hauptsächlich Kinder, welche die Samen des Stechapfels genossen hatten, und einige Selbstmordversuche Erwachsener. Die beobachteten Erscheinugen differiren in nichts von den bereits bekannten. Seine Behandlung bestand in Darreichung eines Brechmittels und hierauf kleiner, oft wiederholter Gaben von Tinct. Opii. welche ihn nie im Stiche liessen. Umgekehrt wendete er in 2 Fällen von Opiumvergiftung Stramonium als Antidot mit raschem und sicherm Erfolge an. SCHROFF.

236. Chinin-Biscuits. Record 1871, 129.

Ein Londoner Bäcker hat derartige kleine, besonders gut zubereitete Biscuits gemacht und in den Handel eingeführt. Sie haben einen nicht zu ausgesprochenen, angenehmen, „köstlich bitterlichen" Wohlgeschmack. Sie schmecken gerade nach dem, was im Sherry und „bittern Branntwein" geschätzt wird. Jedes Biscuit enthält $^1/_4$ Gran Chinin. Sie werden anempfohlen für zarte Mägen, oder wo man die Medicin so viel als möglich einhüllen, oder wo man mit der Medicin Nahrung zugleich zuführen will. (Ob andere — als englische Kinder, die bei jeder Krankheit mit „brandy" behandelt werden, nach Biscuits, die nach „bitterem Branntwein" schmecken, sehr begierig greifen werden, ist eine wohl aufzuwerfende Frage. Ref.) BETTELHEIM.

237. J. G. WILKINSON. Neue Behandlung der Pocken. Boston med. Journal aus der Canada-Lancet.

Zu den höchst merkwürdigen Erscheinungen der englischen Fachliteratur gehört es, in jeder Nummer ihrer Zeitschriften neue zumeist nur durch wenige Fälle erprobte Mittel bei Behandlung von Pocken anzupreisen. Diesmal ist es das Waschen mit hydr. canadensis und der innerliche Gebrauch von Veratrum viride, welche in vier Fällen angewandt wurden. Der Gebrauch des ersteren soll das Variolen-Gift vernichten, den Krankheitsverlauf abkürzen, unterdrücken, das Prodromal-Fieber, die Narbenbildung verhüten u. s. w. — Die Pflanze wurde (wahrscheinlich um nicht Fehlschlüsse allenthalben aufkommen zu lassen Ref.) nur in der Umgebung New-York's vorgefunden. Nähere Angaben mit Ausnahme, dass auch eine Tinctur im medic. Handel zu haben ist, fehlen völlig. GEBER.

238. RAMBOLD. Tonsillenhypertrophie mit Einspritzungen behandelt. Med. Rec. 1871, 128.

RAMBOLD hat viele Fälle von Tonsillenhypertrophie mit durchschnittlich je 14 Einspritzungen in die Drüsensubstanz glücklich behandelt und hebt als Vortheil seiner Methode gegen die Exstirpation die Erhaltung der Mandeln hervor. Die injicirte Flüssigkeit bestand aus einer Lösung von 2 Gran Jod und 2 Scrupeln Jodkali auf 1 Unze Wasser. BETTELHEIM.

239. SOURDAT. Zur Lactation. Blätter für Heilwissenschaften 1872—3, aus L'Institut, Journ. univers. des scienc. 1870.

SOURDAT will nachgewiesen haben, dass die Milch beider Brüste zu gleicher Zeit bedeutende Verschiedenheiten aufweise; und zwar soll der Butter- und Caseïngehalt der Milch aus der rechten Brust bedeutend grösser sein (9 : 1 und 7 : 1) als der der Milch aus der linken. CHROBAK.

240. H. O. Marcy. Neue Anwendung carbolisirter Darmsaiten. Boston medical and surgical Journal Nr. 871.

In zwei Fällen von incarcerirter Hernie bei Frauen vereinigte der Verf. nach der Herniotomie, welche in beiden Fällen ohne Eröffnung des Bruchsacks gemacht worden war, den incidirten Leistenring durch Hefte von Lister'schen carbolisirten Darmsaiten. Die eine Wunde verheilte per primam, in beiden Fällen wurden die Darmsaiten resorbirt; Verf. meint sogar einige Bindegewebsfasern, die er in dem Inhalt eines kleinen längere Zeit nach der Reconvalescenz bei der einen Patientin entstandenen Abscesses microscopisch nachweisen konnte, als Reste seiner Hefte betrachten zu können. In beiden operirten Fällen war die Heilung von der Hernie eine radicale. Winiwarter.

241. J. Buchser. Eine erfolgreiche Transfusion. Medical Record Nr. 125.

Ein 17jähriges Mädchen litt an Magen- und Lungen-Blutungen. Durch eine heftige Magen-Blutung verfiel sie in einen bedenklichen Zustand von Anämie; der Puls klein etc., doch war sie vollkommen bei Bewusstsein. Es wurde eine venöse Transfusion von 3 Unzen vorgenommen. Das eingespritzte defibrinirte Blut hatte nur eine Temperatur von 27 Grad C. Die Einspritzung musste unterbrochen werden wegen höchst gefährlicher Ohnmacht, Puls und Resparation hörten vollkommen auf. Durch künstliche Athmuug kam sie wieder zu sich, bekam jedoch bald darauf mehrere intensive Schüttelfröste. Mehrtägiges Fieber, Pneumonie, endlich Genesung. Menzel.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Dr. Carl Leopold Rovida aus Mailand. Der Venenpuls.
— Ueber das Wesen der Harncylinder, (der Academie der Medic. in Turin in ihrer Sitzung vom 8. Juni 1870 vorgetragen.)

Phil. Jac. Wilhelm Henke. Beiträge zur Anatomie des Menschen mit Beziehung auf Bewegung. Erstes Heft mit neuen Tafeln. Leipzig und Heidelberg. C. F. Winter'sche Verlagshandlung 1872.

C. v. Mayer. Zur Aetiologie und Therapie der Lungenschwindsucht. Die angeborene Kleinheit des Herzens ist ebensowenig eine Ursache der Lungenschwindsucht, als der verminderte Luftdruck ein Heilmittel dagegen. Zwei Antithesen gegen Dr. Brehmer. St. Petersburg 1871. Verlag der kais. Hofbuchhandlung H. Switzdorf (Carl Röttzer.)

L. Gottlieb Kraus und W. Pichler. Encyclopädisches Wörterbuch der Staats-Arzneikunde I. Band Erlangen. Verlag von Ferdinand Enke 1872.

A. Jacobi. Inaugural address including a paper on infant asylums. New-York, Appleton et Comp 1872. (Inaugural-Dissertation über Kinderasile.)

Otto Dammer. Kurzes chemisches Handwörterbuch zum Gebrauche für Lehrer, Chemiker, Techniker, Aerzte, Pharmaceuten, Landwirthe und für Freunde der Naturwissenschaft überhaupt. I. Lieferung. Berlin. Robert Oppenheim 1872.

Neubauer und Vogel. Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harns. Zum Gebrauche für Mediciner, Chemiker und Pharmaceuten. 6. vermehrte Aufl. Wiesbaden. C. W. Kreidel 1872.

Franz Hartmann. Handbuch der allgem. Pathologie für Aerzte und Studirende. 2. vollst. umgebesserte Aufl., 2. Abtheilung, Erlangen. Ferdinand Enke 1872.

Th. Jochheim. Die Wirkungsweise der respirablen Gase. Indicationen und Contra-Indicationen derselben bei ihrer Anwendung im Gascabinet. Erlangen. Ferdinand Enke 1872.

Offene Correspondenz.

(Geschlossen am 12. Mai 1872.)

Herrn Major Dr. Falkenfeld Bajazid. Für 2. Quartal 1872 entfällt fl. 1.45 Oe. W. anstatt fl. 1.25, was wir bei Erneuerung der Pränumeration zu berücksichtigen bitten. — Hrn. Dr. „A. W., „Hradschin" wird auf Wunsch der Empfang von fl. 3 bestätigt. — Hrn. Dr. I. Reimer in Zöptau. Von eingesendeten fl. 2.50 entfielen fl. 2 auf das 2. Semester, 1871, 50 kr. werden für das 1. Quartal 1872 notirt. — Hrn. Dr. v. H. in Rohatyn. Abonnement endet Ende Juni 1872, und sind Ihnen überdiess 25 kr. gut geschrieben. — Hrn. Ober-A. Dr. v. H. in Eperies, Hrn. Reg-A. Dr. v. St. in Mediasch. Geordnet bis Ende September 1872, gewünschtes Heft gesendet. — Hrn. Dr. Herrle in Oberplan. Beglichen bis Ende Juni 1872 und 50 kr. gut geschrieben. — Hrn. Dr. Hufn in Herrmannstadt. Ihr Abonnement endet jetzt Ende Juni 1873. — Hrn. Dr. Schipp in Bruck. Die eingesendeten fl. 2, entfielen noch pro 2. Semester 1871. — Hrn. Dr. Pollak in Kaposvar, wird auf Wunsch der Empfang von fl. 2.50 pro 1. Semester 1872 bestätigt. — Hrn. Dr. K. in Oberpl . . Ihre Hoffnung ist in Erfüllung gegangen. — Hrn. Reg.-A. Dr. Vel . . . . . in Gr.-Becskerek. Da von Ihrer Sendung vom 7. Jänner fl. 1 noch auf das 4. Quartal 1871 entfallen war, so reicht Ihr Abonnement jetzt bis Ende März 1872, und sind Ihnen pro 2 Quartal 1872 25 kr. notirt. — Hrn. Dr. Schlosser in Kirchb. am W. Ihr Abonnement beginnt mit 1. April 1872, endet Ende Juni 1872 und haben Sie überdiess 75 kr. Gutschrift. — Hrn. Dr. Sp. in D. Wir erwähnen gerne, dass in Ihrem Falle (von morb. Brightii mit Emphysem und Herzerweiterung) Anfälle von Dyspnoe vorübergehend ausserordentlich rasch auf den Gebrauch von Trousseau's diuretischem Weine behoben wurden; das Uebrige ist nicht zur Veröffentlichung geeignet. — Hrn. Dr. Söcker in Efferding. Beglichen bis Ende Juni 1872, und fl. 1 Gutschrift — Hrn. Dr. Unger in Windischgr. Beglichen bis Ende März 1872 und 75 kr. für das 2. Quartal 1872 notirt. — Hrn. Dr. Pick in Chotebor. Der eingesendete fl. 1 entfiel pro 4. Quartal 1871. — Hrn. Oberstabsarzt Dr. A. Mayer in Agram. Von den eingesendeten fl. 5 entfielen fl. 2 pro 2. Semester 1871. Ihr Abonnement endet daher Ende Juni 1872 mit 50 kr. Gutschrift. — Hrn. Dr. Sw. in Moldaut. Von den eingesendeten fl. 5 entfiel fl. 1 auf 4. Quartal 1871, Ihr Abnnement endet daher jetzt Ende September 1872 und haben Sie überdiess 25 kr. gut. Reclamirtes Heft gesendet. — Hrn. Dr. H. in Wieselburg. Geordnet bis Ende 1873, und 50 kr. gut.

Verantwortlicher Redakteur Dr. Karl Bettelheim. — Einsendungen an die Redaction sind zu richten: I. Gonzagagasse 5.

Eingesendet.

Die humane Stiftung eines neuen israelitischen Spitals in Währing, das seine Gründuug dem Baron Rothschild verdankt, ist nun nahezu vollendet.

Dieses im elegantesten Style mit besonderer Berücksichtigung aller Hospitäler-Bedürfnisse angelegte Gebäude, hat auch in seinem Innern die zweckmässigsten Einrichtungen erfahren, wobei die ersten Muster-Institute des Continents zur Richtschnur dienten. Diese vollkommen zweckentsprechenden Einrichtungen beziehen sich nicht blos auf die technisch vollendetsten Systeme der Ventilation, Wasserleitung, Beheizung etc., sondern insbesondere auch auf die innere Einrichtung, bei welcher von den bisherigen in Gebrauch stehenden Holzmöbeln endlich Umgang genommen, und dafür den im Auslande seit Jahren schon in Verwendung gebrachten Eisenmöbeln der Vorzug eingeräumt wurde.

Bei der für diese Einrichtungen ausgeschriebenen Concurrenz wurde nach gewissenhafter Prüfung durch Fachmänner den Offerten der rühmlichst bekannten Eisenmöbelfabrik von **Rigl & Comp.**, für die von denselben vorgelegten Mustermöbeln vor allen anderen Offerten der Vorzug einge-

räumt, und die Einführung von Eisenbetten und Operationsbetten, neu construirten elastischen Bett-Einsätzen aus Eisen, Nachtkästchen, Sesseln und Ruhesesseln etc., welche sich auf den Betrag von 10.000 fl. beziffert übertragen..

Es wäre im allgemeinen Interesse wünschenswerth, wenn diese Einrichtungen, welche so zweckentsprechend befunden wurden, auch in allen übrigen Spitälern eingeführt würden.

Das **Bandwurmmittel** des Dr. **Bloch** in **Wien**, Praterstrasse 42, dessen Ruf nicht durch gewöhnliche Anpreisungen, sondern durch tausendfache Erprobungen bei Laien und Aerzten von Mund zu Mund sich längst schon über den ganzen Erdball verbreitet hatte, nur in Russland keinen Eingang finden konnte, hat endlich (laut Meldung der Wr. med. Wochenschrift) auch vom Medizinaldepartement des k. russischen Ministeriums nach vorgenommener Prüfung des Mittels die Einfuhrbewilligung nach Russland erhalten.

Druck von F. B. Geitler in Wien.

IV. Ophthalmologie, Otiatrik, Dermatologie.

Leber: Ueber hereditäre und congenital angelegte Sehnervenleiden, (Fortsetzung und Schluss von Nr. 162.) S. 326. — 221. Gerhardt: Beobachtungen über neuropathisches Hautpapillom, S. 328. — 222. Laugier: Ueber den Rückfall der Scarlatina, S. 330.

V. Oeffentliche Gesundheitspflege, gerichtliche Medizin, Toxikologie.

223. Friedmann: Sanitarische Verhältnisse der niederländischen Colonien im Jahre 1870, S. 331. — 224. Pettenkofer: Typhus und Cholera und Grundwasser in Zürich. S. 334. — 225. Curran Der Himalaya als climatischer Heilort, S. 337.

VI. Physiologie, Anatomie, pathologische Anatomie.

226. Wolfberg: Ueber die Spannung der Blutgase in den Lungencapillaren, S. 338. — 227. Riegel: Untersuchungen über den Einfluss des Nervensystems auf den Kreislauf und die Körpertemperatur, S. 339. — 228. Fleischl: Zur Anatomie der Hirnoberfläche, S. 341. — 229. Waldeyer: Ueber den Krebs, S. 341. — 230. Weigert: Ueber Bacterien in der Pockenhant, S. 342.

VII. Kritiken.

231. Althann:Der Kreislauf in der Schädelhöhle, S. 343. — 232. Zeissl: Lehrbuch der Syphilis und der mit dieser verwandten örtlichen venerischen Krankheiten, S. 343. — 233. Böttger: Beiträge zur Orthopädik, S. 345. — 234. Helmke: Reform der Orthopädie. Lehrbuch der gymnastischen Orthopädie, S. 346.

VIII. Kleine Mittheilungen.

235. Putnam: Vergiftung mit Stramonium und ihre Behandlung, S. 348. — 236. Chinin-Biscuits, S. 348. — 237. Wilkinson: Neue Behandlung der Pocken, S. 348. — 238. Rambold: Tonsillenhypertrophie mit Einspritzungen behandelt, S. 348. — 239. Sourdat: Zur Lactation, S. 348. — 240. Marcy: Neue Anwendung carbolisirter Darmsaiten, S. 349. — 242. Buchser: Eine erfolgreiche Transfusion, S. 349.
